

3, 4, 5歳児用 心身状況票 (お子さんの現在の状況)

下記について、記入をお願いします。該当する□にチェック及び記入をしてください。

令和 年 月 日記入

フリガナ 児童名	平成・令和 年 月 日生	男・女	現在 歳 か月	保護者名 電話番号()	
出生時のようす		成長のようす			
* 胎在期間 (妊娠第 週)		* 首の座り ()か月			
* 体重 (g)		* 寝返り ()か月			
* 身長 (cm)		* おすわり ()か月			
* 出生時の状況 (元気 ・ 衰弱 ・ 仮死)		* はいはい ()か月			
* 保育器の使用 (無 ・ 有 日)		* 離乳開始 ()か月			
		* 離乳完了 ()か月			
		* 歩行開始 ()か月			
生活のようす					
食事	□ 大人に食べさせてもらう				
	□ 自分で食べられる (□ 手づかみ □ スプーン □ フォーク □ 箸)				
	食事について気になることがありますか □ はい □ いいえ				
	□ 同じものしか食べない □ やわらかいものしか食べない(食べられない) □ その他()				
食事はどのようにしていますか □ 座って食べる □ 動き回りながら食べる					
その他に伝えたいこと()					
排泄	排泄の様子はどうですか □ オムツを使用している □ トイレに行って排泄できる				
	その他に伝えたいこと()				
睡眠	睡眠で気になることがありますか □ はい() □ いいえ				
	その他に伝えたいこと()				
着脱衣	着脱衣のようすはどうですか				
	□ 全てやってもらう □ 自分でやろうとする □ 全て自分でできる				
その他に伝えたいこと()					
体の動き	□ ひとりで歩ける □ 走ることができる		□ 転びやすい		
	□ ひとりで階段の上り下りができる		□ つまむ・まわす・にぎる等の細かい作業ができる		
	□ じっとしているのが苦手		□ 多動である		
	□ 高いところに上ったり急に外に出たりする		□ 落ち着きがない		
その他に伝えたいこと()					
コミュニケーション	□ 意味のある単語を話す		□ 相手の言葉を理解し行動できる		□ こだわりがある
	□ 二語文「わんわんきた」等が話せる		□ 自分のしたいことやしてほしいことを話せる		
	名前を呼ぶと返事をしますか □ はい □ いいえ				
	自分の名前が言えますか □ はい □ いいえ				
	奇声を発することがありますか □ はい □ いいえ				
	激しく叩いたり、かみついたりすることがありますか □ はい □ いいえ				
	あそびのようすはどうですか □ ひとりで遊ぶ □ まねをして遊ぶ □ 子ども同士で遊ぶ				
その他、伝えたいこと、 心配なこと ()					

裏面もご記入ください➡

(裏面)

お子さんの健康状況について

- ※ 健康状況等の重要事項について申請内容が事実と異なる場合、利用内定や決定を取り消すことがあります。
- ※ お子さんを安全にお預かりするため、アレルギーや疾病がある場合は、程度に関わらず必ず申し出てください。
- ※ 保育を実施する上で特別な配慮が見込まれる場合、主治医の意見書や診断書等を提出して頂く必要があります。
- ※ 事前に希望施設の見学等で、アレルギーや疾病対応等をご相談ください。

お子さんが安全に保育所(園)等で、集団生活をしていく上で必要な情報ですのでご記入ください。

1 健診状況について

①	<input type="checkbox"/> 2か月児相談	<input type="checkbox"/> 乳児健診(4か月～5か月)	<input type="checkbox"/> 1歳6か月児健診
	<input type="checkbox"/> 2歳児歯科健診	<input type="checkbox"/> 3歳児健診	
	その際に相談したことはありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	(内容)		
	その際に助言や指導はありましたか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	(内容)		
②	発達について相談している施設や病院はありますか		
	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 健康づくり支援課(保健センター)	<input type="checkbox"/> 子育て総合センター <input type="checkbox"/> 病院
		<input type="checkbox"/> 療育機関	<input type="checkbox"/> その他()
	相談した時期はいつ頃ですか 年 月 日		
	相談内容()		
	<input type="checkbox"/> いいえ		
③	①, ②の設問で「はい」の方はお子様の成育について関連機関と連絡を取ることがありますがよろしいですか		
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
④	お子さんのことで気になること、心配なことがありましたらご記入ください(行動面・身体的・ことば等)		
	()		

2 心身の障害について

①	障害等がありますか <input type="checkbox"/> はい(診断名) <input type="checkbox"/> いいえ		
	はいにチェックした場合⇒医療機関で集団保育が可能か確認をしましたか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	保育所(園)での医療行為は必要ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
②	障害の程度		
	<input type="checkbox"/> 療育手帳 判定	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 級	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 級
	<input type="checkbox"/> 福祉サービス受給者証	<input type="checkbox"/> 申請中()	<input type="checkbox"/> 手帳等はない

3 心身の病気について

①	病気等がありますか <input type="checkbox"/> はい(診断名) <input type="checkbox"/> いいえ		
	はいにチェックした場合⇒医療機関で集団保育が可能か確認をしましたか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	保育所(園)での医療行為は必要ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
②	ひきつけ、けいれんをおこしたことがありますか		
	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 熱性	<input type="checkbox"/> 無熱性 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他()
	今までに何回ありましたか 回 初発 歳 か月		
	<input type="checkbox"/> いいえ		

4 アレルギー等について

①	アレルギー体質がありますか		
	<input type="checkbox"/> はい	◎ 食べ物()	
		◎ 動物・植物() ◎ その他()	
	◎ 食物アレルギーがある場合、エピペン®や薬は処方されていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	◎ アナフィラキシーショックの既往歴はありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	<input type="checkbox"/> いいえ		

※ 症状等によって、利用をご遠慮頂く場合があります。