

0, 1, 2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 | 令和 年 月 日 生 | 男・女 | 現在 歳 か月 | 保護者名 |
|------------------------------|---|----------------|------------|------|
| 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 | | |
| * 頭囲 (cm) | | * はいはい ()か月 | | |
| * 胸囲 (cm) | | * 離乳開始 ()か月 | | |
| * 出生時の状況 (元気 ・ 衰弱 ・ 仮死) | | * 離乳完了 ()か月 | | |
| * 保育器の使用 (無 ・ 有 日) | | * つかまり立ち ()か月 | | |
| | | * 歩行開始 ()か月 | | |
| | | * 人見知り ()か月頃～ | | |
| 生活のようす | | | | |
| 食事 | <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 自分で食べられる (<input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 箸) 偏食はありますか <input type="checkbox"/> はい () <input type="checkbox"/> いいえ 食事はどのようにしていますか <input type="checkbox"/> 座って食べる <input type="checkbox"/> 抱っこで食べる <input type="checkbox"/> 動き回りながら食べる その他に伝えたいこと() | | | |
| | オムツの使用はありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 排泄のようすはどうですか <input type="checkbox"/> 知らせる(尿・便) <input type="checkbox"/> 知らせない(尿・便) トイレに行くときどうしていますか <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 一人で行ける 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 <input type="checkbox"/> はい() <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 全てやってもらう <input type="checkbox"/> 大人が手を貸すと自分で着ようとする <input type="checkbox"/> 簡単な着脱は一人でやろうとする その他に伝えたいこと() | | | |
| 体の動き | <input type="checkbox"/> うつ伏せで顔をもちあげ前をみる <input type="checkbox"/> 仰向けやうつ伏せからお座りの姿勢になれる <input type="checkbox"/> 転びやすい <input type="checkbox"/> いすに座っていられる その他に伝えたいこと() | | | |
| コミュニケーション | <input type="checkbox"/> 話しかけられると声を発する <input type="checkbox"/> 人が笑いかけると笑う <input type="checkbox"/> 音のする方に顔をむける <input type="checkbox"/> 絵を見て指さしをする <input type="checkbox"/> 興味があるものに手をのばす <input type="checkbox"/> 「ちょうだい」等言われた内容を理解し反応する <input type="checkbox"/> 簡単な言葉の意味がわかる <input type="checkbox"/> 意味のある単語を話す <input type="checkbox"/> 大人が関わってあそぶと喜ぶ <input type="checkbox"/> 一人でおもちゃであそぶ <input type="checkbox"/> 手差しや声で要求を訴える その他に伝えたいこと() | | | |

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事があります。
- ※ 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歳児歯科検診 | <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 | ※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 | <input checked="" type="radio"/> 食べ物() | | |
| | | <input checked="" type="radio"/> 動物・植物() | <input checked="" type="radio"/> その他() | |
| | | <input checked="" type="radio"/> 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 |
| | | <input checked="" type="radio"/> 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。