

### 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
生活のようす				
食 事	<input type="checkbox"/> 大人に食べさせてもらう <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 ) 食事について気になることがありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 同じものしか食べない <input type="checkbox"/> やわらかいものしか食べない(食べられない) <input type="checkbox"/> その他(    ) 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"/> 動き回りながら食べる その他に伝えたいこと(    )			
	排 泄	排泄の様子はどうか <input type="checkbox"/> オムツを使用している <input type="checkbox"/> 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 <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か <input type="checkbox"/> 全てやってもらう <input type="checkbox"/> 自分でやろうとする <input type="checkbox"/> 全て自分でできる その他に伝えたいこと(    )			
体 の 動 き	<input type="checkbox"/> ひとりで歩ける <input type="checkbox"/> 走ることができる <input type="checkbox"/> 転びやすい <input type="checkbox"/> ひとりで階段の上り下りができる <input type="checkbox"/> つまむ・まわす・にぎる等の細かい作業ができる <input type="checkbox"/> じっとしているのが苦手 <input type="checkbox"/> 多動である <input type="checkbox"/> 高いところに上ったり急に外に出たりする <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 意味のある単語を話す <input type="checkbox"/> 相手の言葉を理解し行動できる <input type="checkbox"/> 二語文「わんわんきた」等が話せる <input type="checkbox"/> 自分のしたいことやしてほしいことを話せる <input type="checkbox"/> 人見知りが強い <input type="checkbox"/> こだわりがある 名前を呼ぶと返事をしますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 自分の名前が言えますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 奇声を発することがありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ あそびのようすはどうか <input type="checkbox"/> ひとりで遊ぶ <input type="checkbox"/> まねをして遊ぶ <input type="checkbox"/> 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	※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。