

乳・幼児の状況

該当する項目に○印か説明を記入してください

入所希望園		ふりがな 子の氏名		男 女	生年月日	平成 年 月 日生 令和
住 所		父の氏名			母の氏名	
		父電話番号			母電話番号	
		入所時の年齢 (4月1日現在)			歳 ヶ月	
家では何と呼んでいますか		愛称		平 熱	度 分	
出生時	正常・異常(早産 ヶ月・その他) 出生体重 g 第 子					
健 診	4ヶ月	受診・未受診	指摘事項 有・無	10ヶ月	受診・未受診	指摘事項 有・無
	1歳半	受診・未受診	指摘事項 有・無	2歳 3ヶ月	受診・未受診	指摘事項 有・無
	3歳半	受診・未受診	指摘事項 有・無			
在園状況	入園前に通っていたところがありますか (有・無) 通っていたところ() 期間(年 月～ 年 月)					
妊婦の時	喫煙していた(1日の本数: 本) ・ していなかった 飲酒していた(毎日・時々) ・ していなかった					
哺 乳	母乳・混合・人工乳 (いつまで:)					
食 事	<ul style="list-style-type: none"> ・(哺乳瓶・コップ・ストロー・マグカップ)を使用している ・(手づかみ・スプーン・フォーク・箸)を使用している ・食事の姿勢(最後まで座っている・嫌になったら動く・動きながら食べる) ・自分で食べる・食べさせてもらう ・テレビ(消して食べる・見ながら食べる) ・好きな食べ物()・苦手な食べ物() ・食事量(少食・よく食べる) ・離乳食はどんなものを食べていましたか(手作り・手作りとは既製品・既製品) ・食事は誰と食べていますか(朝食: 夕食:) ・食事にかかる時間(20分～30分・30分以上・1時間以上) 					
食物アレルギー	食物アレルギーはありますか(有・無) ・アレルギー食品() ・アナフィラキシーショック(有・無) ・エピペンの所持(有・無) ・処方薬があれば記入してください() ※食物アレルギーの有に○をつけた方は、園からお渡しする「保育所におけるアレルギー疾患管理指導表」を持って医療機関を受診し、医師の診断を受けたものを必ずご提出ください。					
睡 眠	・夜寝る時間(時 分)・起きる時間(時 分) ・どのように寝ますか(兄弟姉妹・添い寝・おんぶ・抱っこ・ベビーカー) ・寝る時のくせ() ・午睡の習慣(ある・ない) 午睡時間(時間位)					
排 泄	・オムツをしている(日中・夜間)(紙オムツ・布オムツ) ・していない ・トイレトレーニングをしていますか(はい・いいえ) ・小便…自分でできる・もらす事がある・できない・教える(出る前・出た後) ・大便…自分でできる・もらす事がある・できない・教える(出る前・出た後) ・自分でおしりがふける・ふけない ・その他心配なこと()					
衣服の着脱	自分で着る ・ 手伝ってもらう ・ 着せてもらう					
性 格	明朗・活発・内気・かんしゃく・乱暴・人見知り・落ち着きがない					
遊 び	・友達と遊ぶ(年上・同年・年下) ・ 遊べない ・家族と遊ぶ(父母・兄弟姉妹・祖父母) ・ 一人で遊ぶ ・好きな遊び() ・テレビやDVD、スマートフォン等(見ない・時々見る・毎日見る) ※時々見る・毎日見るに○をつけた人 ・1日何時間(時間位) ・番組名等()					

ことば	<ul style="list-style-type: none"> ・ 有意語が出たのはいつ頃ですか (歳 ヶ月頃) 【例：マンマ・ブーブー・イヤ等】 ・ お子さんの言葉を聞いて <ul style="list-style-type: none"> ・ 誰にでも解る ・ 家の人ならどうにか解る ・ ほとんど解らない ・ そのつもりで聞けば解る ・ 時々解る言葉がある ・ 赤ちゃん言葉 ・ 相手の目を見て話せますか (話す ・ 話せない) ・ 話しかける言葉が理解できますか (できる ・ できない) 						
聴力	聞こえる ・ 何度も聞き返す						
視力	見える ・ 物を見る時の目つきが気になる ・ テレビを近くで見る						
成長の記録	<p>次のことができるようになったのはいつ頃ですか</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 目の前で手を動かすとそれを目で追う (歳 ヶ月頃) ・ 首がすわる (歳 ヶ月頃) ・ あやすと笑う (歳 ヶ月頃) ・ 見えない方向から声をかけるとそちらを見る (歳 ヶ月頃) ・ 寝返りをする (歳 ヶ月頃) ・ 体のそばにあるオモチャに手を伸ばしてつかむ (歳 ヶ月頃) ・ お座りをする (歳 ヶ月頃) ・ ハイハイをする (歳 ヶ月頃) ・ つかまり立ちをする (歳 ヶ月頃) ・ 指先で小さい物をつまむ (歳 ヶ月頃) ・ 人見知り 無・有 (歳 ヶ月頃) ・ 名前を呼ぶとふりむく (歳 ヶ月頃) ・ 大人が相手になって遊ぶことを喜ぶ (歳 ヶ月頃) ・ 一人で歩く (歳 ヶ月頃) ・ 絵本などを見せて問いかけると指でさす (歳 ヶ月頃) 						
体質的特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・ 鼻血がしやすい ・ 脱臼 (どの部位) ・ 自家中毒 ・ 喘息気味 ・ 薬品かぶれ (薬品名:) ・ てんかん ・ けいれん (歳 ~ 歳頃まで、 _____回、 _____度以上の発熱あり・発熱なし) ・ アトピー性皮膚炎 ・ その他() ・ アレルギー症状 (有・無) * 何に対して (花粉・動物 ・カビ ・ ダニ ・ ハウスダスト ・ その他_____) * 症状 (鼻炎・皮膚炎・目の炎症・その他_____) * 対応方法 () 						
	<p>※慢性的な病気などに関して相談している病院があればご記入ください。</p> <p>病院名() 症状等()</p> <p>処方されている薬()</p>						
子育て時	<ul style="list-style-type: none"> ・ 楽しいと思った ・ 大変だった (どんなこと:) ・ 家族以外の関わりはありましたか (はい・ いいえ) ・ 困った時に相談できましたか? (はい・ いいえ) 相談した人及び機関名 () ・ 現在子育てで気になっていることはありますか <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>						
子育て時に大切にしていること	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保育時に配慮して欲しいことなど 						
父母の土曜就労状況		毎週休み	隔週休み	その他	毎週出勤	土曜保育は必要ですか	
	父					必要	必要ない
	母						
休日保育を利用しますか (別途就業の証明が必要です)		※日・祝日		利用する・利用しない		時 分 ~ 時 分	

※ 日・祝日 (双葉保育園にて) : 7時~19時の間