

児童の状況

ふりがな			生年月日	平・令	年	月	日																																																																	
児童氏名		男・女	第1希望の保育施設名																																																																					
※ 当 て は ま る 欄 に チ ェ ッ ク し て 記 入 し て く だ さ い	発達状況	<ul style="list-style-type: none"> ・出生時の体重 _____ g 妊娠期間 _____ 週 ・出産は順調でしたか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ ・首がすわったのは <input type="checkbox"/> (_____ か月頃) <input type="checkbox"/>すわっていない ・おすわりをしたのは <input type="checkbox"/> (_____ か月頃) <input type="checkbox"/>まだ ・歩き始めたのは <input type="checkbox"/> (_____ か月頃) <input type="checkbox"/>まだ ・呼ばれると振り向きですか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ ・目が合いますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ ・ことばは <input type="checkbox"/>普通 <input type="checkbox"/>遅い <input type="checkbox"/>日本語を教えていない <input type="checkbox"/>その他 (_____) <p>次の項目は、2歳から5歳までのお子様についてお答えください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・理由なく奇声をだしたり、泣いたりすることがありますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ ・落ち着きがなく、手を放すとどこに行くか分からないことがありますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ 																																																																						
	健康状態	<ul style="list-style-type: none"> ・次の症状はありますか。 <table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>有無</th> <th>症状</th> <th>日常生活で気をつけていること</th> <th>薬の服用</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ぜん息</td> <td><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>アトピー性皮膚炎</td> <td><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>アレルギー性鼻炎</td> <td><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>じんましん</td> <td><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>食物アレルギー</th> <th>有無</th> <th>症状</th> <th>日常生活で気をつけていること</th> <th>薬の服用</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>・たまご</td> <td><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>不明</td> <td></td> <td>(<input type="checkbox"/>エピペン使用)</td> <td><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>・乳</td> <td><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>不明</td> <td></td> <td>(<input type="checkbox"/>エピペン使用)</td> <td><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>・小麦</td> <td><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>不明</td> <td></td> <td>(<input type="checkbox"/>エピペン使用)</td> <td><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>・そば</td> <td><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>不明</td> <td></td> <td>(<input type="checkbox"/>エピペン使用)</td> <td><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>・落花生</td> <td><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>不明</td> <td></td> <td>(<input type="checkbox"/>エピペン使用)</td> <td><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>・大豆</td> <td><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>不明</td> <td></td> <td>(<input type="checkbox"/>エピペン使用)</td> <td><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>・その他 (_____)</td> <td><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>不明</td> <td></td> <td>(<input type="checkbox"/>エピペン使用)</td> <td><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> ・ひきつけの経験 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 (初回: _____ 歳 _____ か月のとき、この1年で起きた回数: _____ 回) ・心身の障がい <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 (障がい名: _____) ・排泄 <input type="checkbox"/>1人で可 <input type="checkbox"/>付き添えば可 <input type="checkbox"/>おむつ使用 <input type="checkbox"/>その他 (_____) ・健診時の指摘事項 <ul style="list-style-type: none"> 4か月健診 <input type="checkbox"/>未 <input type="checkbox"/>済 (指摘事項: <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有) 9か月健診 <input type="checkbox"/>未 <input type="checkbox"/>済 (指摘事項: <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有) 1歳8か月健診 <input type="checkbox"/>未 <input type="checkbox"/>済 (指摘事項: <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有) 3歳4か月健診 <input type="checkbox"/>未 <input type="checkbox"/>済 (指摘事項: <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有) その他(_____) <input type="checkbox"/>未 <input type="checkbox"/>済 (指摘事項: <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有) ・病気や発達のこと治療・相談している病院や施設 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 → 病院・施設名: _____ 病名・症状: _____ 服薬: 無・有 (朝・昼・夕) ・健康上又は発達上気になること <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 [具体的状況: _____] 							項目	有無	症状	日常生活で気をつけていること	薬の服用	ぜん息	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	アレルギー性鼻炎	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	じんましん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	食物アレルギー	有無	症状	日常生活で気をつけていること	薬の服用	・たまご	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明		(<input type="checkbox"/> エピペン使用)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	・乳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明		(<input type="checkbox"/> エピペン使用)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	・小麦	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明		(<input type="checkbox"/> エピペン使用)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	・そば	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明		(<input type="checkbox"/> エピペン使用)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	・落花生	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明		(<input type="checkbox"/> エピペン使用)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	・大豆	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明		(<input type="checkbox"/> エピペン使用)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	・その他 (_____)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明		(<input type="checkbox"/> エピペン使用)
項目	有無	症状	日常生活で気をつけていること	薬の服用																																																																				
ぜん息	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有																																																																				
アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有																																																																				
アレルギー性鼻炎	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有																																																																				
じんましん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有																																																																				
食物アレルギー	有無	症状	日常生活で気をつけていること	薬の服用																																																																				
・たまご	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明		(<input type="checkbox"/> エピペン使用)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有																																																																				
・乳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明		(<input type="checkbox"/> エピペン使用)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有																																																																				
・小麦	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明		(<input type="checkbox"/> エピペン使用)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有																																																																				
・そば	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明		(<input type="checkbox"/> エピペン使用)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有																																																																				
・落花生	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明		(<input type="checkbox"/> エピペン使用)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有																																																																				
・大豆	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明		(<input type="checkbox"/> エピペン使用)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有																																																																				
・その他 (_____)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明		(<input type="checkbox"/> エピペン使用)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有																																																																				