

4 先天性の病気や慢性疾患(※)及び発育・発達の相談等での通院・通所有無

なし あり ⇒「あり」の場合は以下も記入 ※アトピー性皮膚炎や喘息等を含む

①	診断名	症状	服薬有無・頻度
	診断時期	通院先・通所先	現在の状況・通院等頻度
	歳 月 日		
	担当医による保育施設入所許可の有無		
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			

②	診断名	症状	服薬有無・頻度
	診断時期	通院先・通所先	現在の状況・通院等頻度
	歳 月 日		
	担当医による保育施設入所許可の有無		
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			

※上記記載欄で不足する場合は、以下にご記載ください。

()

5 お子さまの発達状況について、現在の月齢まですべて記入してください。

首が座った時期	<input type="checkbox"/> () か月	<input type="checkbox"/> まだ
寝返りをした時期	<input type="checkbox"/> () か月	<input type="checkbox"/> まだ
ひとり座りができるようになった時期	<input type="checkbox"/> () か月	<input type="checkbox"/> まだ
這いずりができるようになった時期	<input type="checkbox"/> () か月	<input type="checkbox"/> まだ
つかまり立ちができるようになった時期	<input type="checkbox"/> () か月	<input type="checkbox"/> まだ
歩き始めた時期	<input type="checkbox"/> () か月	<input type="checkbox"/> まだ
《0～2歳の頃》		
あやすと笑いますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
見えない方向から声をかけるとそちらの方を見ようとしますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
大人の言う簡単な言葉(おいで・ちょうだいなど)がわかりますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
ママ・プーなど意味のある言葉をいくつか話しますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
スプーン(はし)を使って食べますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
簡単な指示を理解できますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
《3～5歳の頃》		
名前を呼ばれたら返事をしますか(呼ばれたことがわかり反応する)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
意味のある単語(物の名称など)を話しますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
話しかけられた人と目を合わせますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
簡単な指示を理解できますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
衣服の着脱ができますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
おしっこをひとりですみますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
危険な行為を、大人の表情や言葉かけでやめることができますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
挨拶・返事など生活や遊びに必要な言葉を使えますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
ほかの子どもや周囲に関心を示しますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
理由もなく突然叩いたり、かみついたり奇声をあげたりしますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
特定のことにこだわりがありますか(数字・図形・水遊び・食べ物・回るものなど)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
人に触られる・大きな音などを極端に嫌がりますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

6 一度でも受けたことのある予防接種にチェック(✓)をしてください。

- 小児用肺炎球菌 5種混合(ヒブ・ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ)
 水痘(生後12月～) 麻疹風疹混合 B型肝炎 ロタウイルス 日本脳炎

7 お子さまの健康面や発達面で気になることはありますか。

- なし あり ⇒「あり」の場合は以下も記入
 言葉の遅れ コミュニケーションが苦手 落ち着きがない
 こだわりが強い 疾患があり集団生活が心配 その他()

〈健康状況について〉

出生時の異常、アレルギー、けいれん、ひきつけ、先天性の病気や慢性疾患及び発育、発達の相談等での病院への通所・通院の有無が「あり」になっている方に具体的な症状や病院への入院や通院期間等の確認のため連絡をする場合があります。

〈留意事項〉

※記載いただいた内容の確認等のため、保育課からご連絡をさせていただく場合もございます。

※記載内容と事実の相違があった場合には、入園(内定)を取り消すことがあります。

※本申告書は内定した園に情報提供させていただきます。