

第一希望園名 _____

年少・年中・年長児用

⑤

記入日 令和 年 月 日

家庭での生活状況

※(令和7年4月1日時点で年少～年長児のお子さん)

児童氏名	ふりがな	性別	男・女	生年月日	・	・
				年齢	歳	か月(R7.4.1時点)
保護者氏名	住所					
	電話番号		(父・母)			

該当するものに をつけてください

食 事	・好き嫌い <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 好んで食べるもの _____
	・食べ方 該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> <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 <input type="checkbox"/> 遊びながら <input type="checkbox"/> ひとりで食べる <input type="checkbox"/> 座らない <input type="checkbox"/> 食べさせないと食べない <input type="checkbox"/> その他
	・アレルギーなどで食べさせてはいけない物がありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない [ある場合は具体的に記入してください かかりつけ医院名]
睡 眠	・起床 _____ 時頃 ・就寝 _____ 時頃 ・昼寝 <input type="checkbox"/> する _____ 時から _____ 時 <input type="checkbox"/> しない
排 泄	・現在使用しているもの <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パンツ ・おしっこを教えてください <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・一人でおしっこをしますか <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない ⇒できると答えられた方 <input type="checkbox"/> オマル <input type="checkbox"/> 洋式トイレ <input type="checkbox"/> 和式トイレ ・自分で行きたいときにトイレに行きますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・排便を教えてください <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・排便は規則的ですか <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 規則的
衣服の着脱	・パンツやズボンなど自分ではけますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少しならひとりでする <input type="checkbox"/> できない ・上着やシャツなど自分で着られますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少しならひとりでする <input type="checkbox"/> できない ・ボタンは自分でかけられますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少しならひとりでする <input type="checkbox"/> できない
言葉について	・現在、話している言葉は <input type="checkbox"/> 単語 (「いぬ」「くるま」「ママ」等) <input type="checkbox"/> 二語文 (「おちゃ ちょうだい」「タオル とって」等) <input type="checkbox"/> 三語文 (「ばば おしごと いくの?」「ママの ぼうし あった」等) <input type="checkbox"/> 助詞や代名詞などを使う (「ぼくは、この前食べたケーキが、一番好き」等)
	・言葉でやりとりができますか <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
	・気になることがありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない あると答えた方 (<input type="checkbox"/> 言葉が遅い <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> その他) [ある場合は具体的に記入してください]

遊 び	・友だちがいますか <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない ・遊びの相手は <input type="checkbox"/> ひとりで遊ぶ <input type="checkbox"/> 兄弟と遊ぶ <input type="checkbox"/> 友だちと遊ぶ <input type="checkbox"/> 大人と遊ぶ 好きな遊び _____		
分娩状況	<input type="checkbox"/> 正常分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	出生時体重	(_____ g)
健 康	健康面	病歴、入院歴はありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ある場合は具体的に記入してください [入院時期(年月日) 病名(症状) 病院名]	
		現在、定期的に受診している疾病等がありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ある場合 <input type="checkbox"/> 毎月受診 <input type="checkbox"/> 半年ごとに受診 <input type="checkbox"/> その他 _____	
		今までに下記の症状を起こしたことはありますか あるものに☑ <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> ひきつけ <input type="checkbox"/> 脱臼	
		園において体のことで注意することはどんなことですか 具体的に記入してください 例：熱性けいれんに2歳8か月のときになり、けいれん止めの薬を処方されている 等 [_____]	
	行動面 情緒面	お子さんのご等で、心配なこと、気になっていることはありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ある場合は具体的に記入してください [_____]	
健診状況	1歳6か月健診 <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けてない 「様子をみていきましょう」と言われたことがありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ある方(内容 _____)		
	3歳児健診 <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けてない 「様子をみていきましょう」と言われたことがありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ある方(内容 _____)		
	健診後に保健センターから電話連絡がありましたか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ある場合は具体的に記入してください [_____]		
心理相談等	心理相談や発達相談を受けたことがありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		
現在の通園状況	今現在、保育園、認定こども園、託児所等に通っている場合の施設名 (_____) または、3月まで通う予定のある施設 (_____)		
発達相談 病院、専門機関 とのかわり	・通所受給者証 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 療育施設名 (_____) ・身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ・療育手帳 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		
特別支援保育	特別支援保育を希望しますか <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> わからない		

※ お子さんの様子をお聞きするために、ご連絡させて頂いたり、来園をお願いしたりする場合があります。