

記入例

児童等状況調査票

入園を希望する児童の、家庭状況、健康状況等は下記のとおりです。

入園児童	かな氏名	しき じろう		生年月日	平成(令和) 4年 3月 3日生	性別	男・女	
	漢字氏名	志木 次郎		健康状態	良好・不良			
住所	志木市中宗岡1-1-1							
連絡希望 TEL	①090-0000-0000	080-0000-0000	048-473-1111					
	自宅・父(母)・その他( )	自宅(父)・母・その他( )	自宅・父・母・その他( )					
父母の 状況	父	不存在 (生別死別未婚)	<input checked="" type="radio"/> 健在	かな氏名	しき たろう		生年月日	昭和(平成) 2年 1月 11日生
				漢字氏名	志木 太郎		健康状態	良好・不良
	保育の希望理由 <input checked="" type="radio"/> 1 就労 2 病気、身体障がいなど 3 求職中 4 その他(具体的に )							
	母	不存在 (生別死別未婚)	<input checked="" type="radio"/> 健在	かな氏名	しき はなこ		生年月日	昭和(平成) 2年 2月 22日生
			漢字氏名	志木 花子		健康状態	良好・不良	
保育の希望理由 <input checked="" type="radio"/> 1 就労 2 病気、身体障がいなど 3 求職中 4 母が出産 年 月 日予定 5 その他(具体的に )								
祖父母の 状況	父方	祖父 <input checked="" type="radio"/> 健在 氏名	△山 〇朗		年齢	61 歳	職業	無職
		<input type="radio"/> 不存在						
	祖母 <input checked="" type="radio"/> 健在 氏名	△山 ★子		年齢	70 歳	職業	無職	
	<input type="radio"/> 不存在							
母方	祖父 <input type="radio"/> 健在 氏名			年齢	歳	職業		
	<input checked="" type="radio"/> 不存在							
祖母 <input checked="" type="radio"/> 健在 氏名	志木 〇亜		年齢	52 歳	職業	会社員		
<input type="radio"/> 不存在								
その他同居の 家族	続柄	氏名	生年月日	健康状態	職業及び在学校			
	兄	志木 一郎	昭和(平成(令和) 26年 5月 5日生	良好・不良	志木小学校			
			昭和(平成(令和) 年 月 日生	良好・不良				
			昭和(平成(令和) 年 月 日生	良好・不良				
			昭和(平成(令和) 年 月 日生	良好・不良				
保育状況	① ( ) 保育園・幼稚園 入園中							
	② 認可外保育施設(保育施設名)							
	③ その他(具体的に) <b>育休につき母が保育。</b> ( )							
希望する 送迎者と 時間	朝.....父(母)・その他( ) 8時 00分頃							
	夕方.....父(母)・その他( ) 17時 30分頃 (土曜日 時 分頃)							
勤務先、就労時 間、日数等や疾病 の状況など	父( (株)★★ 東京都渋谷区 週5日勤務 8:00~17:00 )							
	母( 志木市役所 埼玉県志木市 週5日勤務 8:00~17:15 )							
備考								

現在の児童の保育場所について、詳しく記載をお願いします。

育休につき母が保育。

出生歴	妊娠中の病気 <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり ( ) 分娩 <input checked="" type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 異常 ( ) 胎児期間 <b>40 週</b> 出生時 体重 ( <b>2500g</b> ) 身長 ( <b>49.0cm</b> ) 頭囲 ( <b>33cm</b> ) 胸囲 ( <b>32.5cm</b> ) 出生時の状況 <input checked="" type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 異常 ( 仮死 チアノーゼ けいれん 強い黄疸 酸素使用 保育器使用 光線治療 交換血液 その他 )
健康状態	(1) 現在、通院している病院がありますか いいえ <input checked="" type="radio"/> はい 病名 ( <b>喘息</b> ) 通院先 ( <b>TMG宗岡中央病院</b> ) (2) これまでに入院したことがありますか いいえ <input checked="" type="radio"/> はい 病名 ( <b>肺炎</b> ) 入院先 ( <b>TMG宗岡中央病院</b> ) 入院時期 ( ) (3) これまでに受けた健診 <input checked="" type="radio"/> 1ヶ月 <input checked="" type="radio"/> 3ヶ月 <input checked="" type="radio"/> 9ヶ月 <input checked="" type="radio"/> 1歳6ヶ月 3歳 (4) 薬を服用していますか いいえ <input checked="" type="radio"/> はい 種類 ( <b>オノン</b> ) 服用時間 ( <b>朝・夕食後</b> ) (5) 平熱は何度ですか ( <b>36.8</b> °C )
食事	(1) どんな食事の形態ですか 母乳 ミルク 混合 離乳食 ( 前期 中期 後期 ) <input checked="" type="radio"/> 普通食 (2) 食べ方は 食べさせてもらう <input checked="" type="radio"/> 手づかみで食べる <input type="radio"/> スプーン・フォークで食べる <input type="radio"/> 箸で食べる (3) 食品にアレルギーがありますか 無 <input checked="" type="radio"/> 有 ( <b>卵・小麦</b> ) (4) 偏食はありますか <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ( ) (5) 食事が終わるまで、一定時間座っていられますか はい <input checked="" type="radio"/> いいえ
排泄	(1) 紙おむつ(紙パンツ)を使用していますか いいえ <input checked="" type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> 常時使用 <input type="radio"/> 外出時のみ使用 <input type="radio"/> 睡眠時のみ使用 <input type="radio"/> その他 ( ) (2) 小便の様子は 自らトイレでする <input checked="" type="radio"/> 時々トイレでする <input type="radio"/> オムツにする (3) 大便の様子は トイレで後始末までする <input checked="" type="radio"/> トイレでするが拭いてあげる <input type="radio"/> 時々トイレでする <input type="radio"/> オムツにする
睡眠	(1) 睡眠時間は <b>21時 00分頃</b> 就寝 <b>6時 00分頃</b> 起床 (2) 昼寝をしていますか しない <input checked="" type="radio"/> する ( <b>12時 30分頃</b> ~ <b>14時 00分頃</b> ) (3) 寝る時のくせはありますか 無 <input checked="" type="radio"/> 有 ( <b>指しゃぶり</b> )
運動発達	(1) 首がすわったのはいつ頃ですか ( <b>3</b> ヶ月 ) (2) ハイハイをしたのはいつ頃ですか ( <b>7</b> ヶ月 ) (3) おすわりをしたのはいつ頃ですか ( <b>6</b> ヶ月 ) (4) 歩き始めたのはいつ頃ですか ( <b>14</b> ヶ月 ) (5) 着脱はできますか 自分でできる 一部手伝ってもらう <input checked="" type="radio"/> 大部分手伝ってもらう <input type="radio"/> できない (6) 階段の上り下りは 足を交互に出してできる 片足ずつ <input checked="" type="radio"/> 大人と手をつないで <input type="radio"/> できない (7) 両足でジャンプが できる <input checked="" type="radio"/> できない
言語理解等	(1) 声を出して笑ったのはいつ頃ですか ( <b>不明</b> ヶ月頃 ) (2) 人見知りをしましたか <input checked="" type="radio"/> はい ( <b>11</b> ヶ月頃 ) いいえ <input type="radio"/> (3) 大人の話す簡単なことば(おいで・ちょうだい等)がわかりますか <input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ (4) 興味のある物に対し、指さしをしますか(しましたか) <input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ (5) マンマ・ブーブ(車)・ワンワン等一語文が言えるようになったのはいつ頃ですか ( <b>14</b> ヶ月頃 ) (6) 自分の名前が言えますか <input checked="" type="radio"/> 言える <input type="radio"/> 言えない (7) 言語の状況は 話さない 単語 <input checked="" type="radio"/> 二語文 <input type="radio"/> 三語文 会話ができる 会話するが気になる発音がある (8) 話しかけた時や会話する時に視線が合いますか 合う <input checked="" type="radio"/> 時々合う <input type="radio"/> 合わない (9) 数の理解ができますか <input checked="" type="radio"/> まだ理解できない <input type="radio"/> 3くらいまで <input type="radio"/> 5くらいまで <input type="radio"/> 10くらい (10) 赤・青・黄・緑の色がわかりますか <input checked="" type="radio"/> 分からない <input type="radio"/> 聞いて指させる <input type="radio"/> 理解している
遊び	(1) どんな遊びが好きですか ( <b>ブロック・車</b> ) (2) 誰と遊んでいますか ( <b>母親</b> ) (3) 同年齢の子どもと遊んでいますか 遊ぶ 遊ぶが続かない <input checked="" type="radio"/> 遊ばない
その他	気になる行動や習慣はありますか ( <input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無 ) ※当てはまる物を囲んでください 高いところによく登る <input checked="" type="radio"/> 物を並べる <input checked="" type="radio"/> 箱などを集める <input checked="" type="radio"/> 回っている物に興味がある ルーティンが変わることを嫌がる(同じ道を通らないと怒る等) <input checked="" type="radio"/> 制止しても水に触りたがる 落ち着きが無い その他 ( )
集団経験の有無	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 施設名 ( )
身体障害者手帳	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ( 1・2・3・4・5・6級 ) 肢体 / 視力 / 聴力 その他 ( )
療育手帳	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ( A・B・C ) 年 月 日 取得
補装具	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ( )