

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) 2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)	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 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)	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 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 (健在) 氏名	△山 口朗	(年齢)	61 歳	(職業)	無職	(別居同居 同居所別居)	住所	福岡県〇〇市〇-〇
		祖母 (健在) 氏名	△山 ★子	(年齢)	70 歳	(職業)	無職	(別居同居 同居所別居)	住所	同上
	母方	祖父 (健在) 氏名		(年齢)	歳	(職業)		(別居同居 同居所別居)	住所	
		祖母 (健在) 氏名	志木 ○亜	(年齢)	52 歳	(職業)	会社員	(別居同居 同居所別居)	住所	
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・不良						
			昭和(平成(令和) 年 月 日生	良・不良						
			昭和(平成(令和) 年 月 日生	良・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) 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。									
③ その他(具体的に) 育休につき母が保育。 ←										
希望する送迎者と時間	朝.....父(母)その他() 8時 0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										

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 40 週
	出生時 体重 (2500g) 身長 (49.0cm) 頭囲 (33cm) 胸囲 (32.5cm)
	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 (喘息) 通院先 (TMG宗岡中央病院)
	(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 (肺炎) 入院先 (TMG宗岡中央病院) 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 (オノン) 服用時間 (朝・夕食後)

食 事	(1) どんな食事の形態ですか 母乳 <input type="radio"/> ミルク <input type="radio"/> 混合 <input type="radio"/> 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 type="radio"/> <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 type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> (卵・小麦)
	(4) 偏食はありますか 無 <input checked="" 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 type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>

排 泄	(1) 紙おむつ(紙パンツ)を使用していますか いいえ <input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> (<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 type="radio"/> <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 type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> イレでするが拭いてあげる <input type="radio"/> 時々トイレでする オムツにする

睡 眠	(1) 睡眠時間は 21時 00分頃 就寝 6時 00分頃 起床
	(2) 昼寝をしていますか しない <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> する (12時 30分頃 ~ 14時 00分頃)
	(3) 寝る時のくせはありますか 無 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> (指しゃぶり)

運動発達	(1) 着脱はできますか 自分でできる <input type="radio"/> 一部手伝ってもらう <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> 大部分手伝ってもらう <input type="radio"/> できない
	(1) 寝返りをしたのはいつ頃ですか (3 ヶ月)
	(2) ハイハイをしたのはいつ頃ですか (7 ヶ月)
	(3) おすわりをしたのはいつ頃ですか (6 ヶ月)
	(4) 歩き始めたのはいつ頃ですか (14 ヶ月)
	(5) 階段の上り下りは 足を交互に出してできる <input type="radio"/> 片足ずつ <input checked="" type="radio"/> 大人と手をつないで <input type="radio"/> できない
(6) 両足でジャンプが できる <input type="radio"/> <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 (不明 ヶ月頃)
	(2) 人見知りをしましたか <input checked="" type="radio"/> はい (11 ヶ月頃) <input type="radio"/> いいえ
	(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 (14 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 <input checked="" type="radio"/> 二語文 <input type="radio"/> 三語文 <input type="radio"/> 会話ができる <input type="radio"/> 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"/> <input 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 (ブロック・車)
	(2) 誰と遊んでいますか (母親)
	(3) 同年齢の子どもと遊んでいますか 遊ぶ <input type="radio"/> 遊ぶが続かない <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> 嫌ばない

その他	気になる行動や習慣はありますか (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 type="radio"/> 回っている物に興味がある <input checked="" type="radio"/>
	ルーティンが変わることを嫌がる(同じ道を通らなると怒る等) <input checked="" type="radio"/> 制止しても水に触りたがる <input checked="" type="radio"/>
	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 ()