入所申込児童質問票

※出生予定の方は「児童氏名」に姓のみと「生年月日」欄に出生予定日を記入してください。

フリガナ		男・女	令和 年 月 日生	入所希望月	月
児童氏名					R8.4.2時点の年齢 歳

保護者氏名		入園希望施設	第1希望	第2希望
電話番号				

※後日、連絡させていただく場合があります。お子さんの様子がわかる方の名前、連絡先をご記入ください。

・あてはまる回答に○印をし、該当する場合は（ ）に漏れがないように記入してください。（年齢によってあてはまらないものは空欄で可。）

質問事項		回答		
出生時の状況	1 妊娠中の異常	ある（ ）・ない		
	2 出産の状況	正常・その他	帝王切開・吸引分娩・鉗子分娩・仮死	
	3 出生時の体重	（ ）g 早産などの場合（ ）週で出産		
	4 出生時・新生児期の異常	ある（ ）・ない		
発達の状況	5 首座り（ ）か月 寝返り（ ）か月 伝い歩き（ ）か月 歩行（ ）か月	お座り（ ）か月 はいはい（ ）か月		
	6 話しかけている人と視線が合いますか。	はい ・ いいえ		
	7 後ろから名前を呼んだ時、振り向きませんか。	はい ・ いいえ		
	8 指さしはありますか。	はい（ ）か月 ・ いいえ		
	9 ママ、ブーブー（一語文）など意味のある言葉をいくつか話しますか。	はい ・ いいえ		
	10 二語文（ワンワンキタ、マンマチョウダイ）などを言いますか。	はい ・ いいえ		
	11 簡単な会話ができますか。	はい ・ いいえ		
	12 食事は自分で食べますか。	はい・いいえ	手づかみ・スプーン・はし	
	13 衣服の着脱は自分でできますか。	できる・援助があればできる・できない		
	14 トイレで排泄できますか。	はい・いいえ	おむつ・トレーニング中・パンツ	
	15 今までに乳幼児健診は、受けていますか。	4か月・10か月・1歳半・3歳・受けたことがない		
	16 乳幼児健診（1歳半・3歳）で、心身の発達や言葉に遅れがあると 言われたことがありますか。 ※「はい」と答えた方は該当する□にレ点をお願いします。	はい・いいえ	☐ 医療機関に通院している 医療機関名（ ） 診断名（ ） ☐ 保健センターで「経過観察」と言われている ☐ その他（ ） 【利用したことがある施設に○を付けてください】 ① 保健センター あそび教室 ② 親子育成支援教室 ジョイジョイ ③ 発達支援センター おひさま ④ 発達支援センター みのり ⑤ こども発達支援リ・ハビリ 初音 ⑥ 大府市障がい者相談支援センター（スピカ） ⑦ その他（ ）	
	身体の様子	17 視力・聴力に異常があると 言われたことがありますか	はい・いいえ	眼鏡使用（無・有） 補聴器使用（無・有） 診断名（ ） かかりつけ医（ ）
		18 身体に障がいがありますか。	はい・いいえ	診断名（ ） かかりつけ医（ ）

裏面もあります

身 体 の 様 子	19	身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳をお持ちですか。	はい・いいえ	身体障害者手帳（ 級） 精神障害者保健福祉手帳（ 級） 療育手帳（ ）判定 かかりつけ医（ ）
	20	「ひきつけ」「けいれん」を起こしたことがありますか。	はい・いいえ	初回 歳 か月 最後に起こした歳は？ 歳 か月 今まで何回起こしましたか 回 どんな時（発熱時・激しく泣いた時・その他 ） 診断名（ ）
	21	食物アレルギーはありますか。	はい・いいえ	検査（ 済 ・ 未 ） 原因食物（ ） 症状（下痢・じんましん・嘔吐・その他 ） アナフィラキシーショック（ 無 ・ 有 ） エピペンの所持（ ある ・ ない ） かかりつけ医（ ）
	22	持病はありますか。 （例 心臓病・ぜんそくなど）	はい・いいえ	診断名（ ） かかりつけ医（ ） 配慮が必要な事項 （ ）
	23	これまでに大きな病気にかかったことがありますか。 （園生活を送る中で配慮が必要な病気）	はい・いいえ	診断名（ ） かかりつけ医（ ） 配慮が必要な事項 （ ）

24. お子さんの発達（身体面・知的面・言語面）について気になることや、心配なこと、施設で保育を利用するにあたり注意してもらいたいことなどがあればご記入ください。