

保育所入所申請時の児童の様子

年 月 日

ふりがな 児童氏名	生年月日	保護者氏名	住所
	年 月 日		

●児童の様子

アレルギー体質の有無	無 ・ 有 皮膚 薬品 その他（蜂に刺された場合等）
該当するところに○をつけてください（以前かかったことがあるものも該当します）	
1 ぜんそく 有 ・ 無 〔有の場合〕 服薬：毎日・発作時のみ・のんでいない 吸入：毎日・発作時のみ・していない	
2 アトピー性皮膚炎 有 ・ 無 〔有の場合〕 軽度 中程度 重度 治療：・内服薬 ・軟膏 ・食事療法 ・治療していない	
3 川崎病 有 ・ 無 〔有の場合〕 心臓合併症：有 ・ 無	
4 B型肝炎 有 ・ 無 〔有の場合〕 キャリアでない・キャリアである	
5 熱性けいれん 有 ・ 無 〔有の場合〕 初回 歳 ・直近 歳 ・回数 現在までに 回	
6 食品アレルギー 有 ・ 無 〔有の場合〕 卵・牛乳（乳製品）・そば・大豆・小麦・その他具体的に（ ）	
7 その他 気になること（ ）	
食事	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 混合 離乳食 <input type="checkbox"/> 1回食 <input type="checkbox"/> 2回食 <input type="checkbox"/> 3回食 完了食 <input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自分で食べる（スプーン、はし、手づかみ）
排泄	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> おもらしがある <input type="checkbox"/> 予告しない <input type="checkbox"/> 知らせるが介助が必要 <input type="checkbox"/> 用便ができるが拭き取れない <input type="checkbox"/> 自立 その他（ ）
移動	<input type="checkbox"/> ハイハイ <input type="checkbox"/> つかまり立ち <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> 歩く
コミュニケーション	話しかけると： <input type="checkbox"/> 理解できる <input type="checkbox"/> だいたい理解できる <input type="checkbox"/> 少しできる <input type="checkbox"/> 理解できない <input type="checkbox"/> 発語なし <input type="checkbox"/> 話しかけに反応 <input type="checkbox"/> 片言を話す <input type="checkbox"/> 単語を言える <input type="checkbox"/> 会話ができる
着替え	衣服着脱 <input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 声かけのみ <input type="checkbox"/> 自立
備考	お子さんについて気になること等（言葉がゆっくり、落ち着きがない、人見知りが強いなど） ※このことについてどこかに相談していますか（ はい ・ いいえ）

教育・保育施設へこの情報を提供することに同意します。 署名 _____