

あてはまるものに☑をしてください。

日中連絡のつきやすい電話番号	連絡先① 自宅・携帯〔父・母〕：(— —)
	連絡先② 自宅・携帯〔父・母〕：(— —)

新規利用申込み用児童問診票(0～1歳用)

※記入日時点での年齢の問診票をご記入ください。

児童名	フリガナ	男・女	令和 年 月 日生	満 歳 カ月	面接日 ※市・保育所(園)記載欄 令和 年 月 日
発達の状況	妊娠・出産時の状況 ☐ 異常なし ☐ 異常あり (どんな) 出生時体重 (g) 出生週数 (週) 兄弟姉妹の有無 ☐ なし ☐ あり (第 子) 出生後の状況について心配なこと ☐ なし ☐ あり (どんな) 首すわり (か月) ・ 寝返り (か月) ・ おすわり (か月) ハイハイ (か月) ・ つかまり立ち (か月) ・ ひとり歩き (か月)				
	・喃語やカタコト等声を出してしゃべりますか ☐ いいえ ☐ はい (たとえば) ・大人のかたりかけがわかりますか ☐ いいえ ☐ はい ・あやすと笑いますか ☐ いいえ ☐ はい ・お昼寝時間はいつですか ① 時頃～ 時頃 ② 時頃～ 時頃 ・就寝時間はいつですか ③ (夜寝る時間) 時頃～ (朝目覚める時間) 時頃 ・寝るときの癖はありますか ☐ 仰向け ☐ 横向き ☐ タオル等 ()をもって ☐ おんぶして ☐ 抱っこして ☐ 指しゃぶり その他 () ・おむつはどうしていますか ☐ 紙おむつ ☐ 布おむつ ☐ 布・紙併用 ・ミルクは飲めますか ☐ いいえ ☐ はい ・哺乳瓶は使えますか ☐ いいえ ☐ はい ・離乳食は始めていますか ☐ 始めていない ☐ 初期 ☐ 中期 ☐ 後期 ☐ 完了期 ☐ 普通食 ・自分で食事を食べますか ☐ 自分で食べようとする (☐ 手づかみ ☐ スプーン ☐ フォーク) ☐ 自分では食べようとしない ・自分で飲み物を飲みますか ☐ コップで飲む ☐ ストローで飲む ☐ その他 () ・苦手な食べ物がありますか ☐ いいえ ☐ はい (たとえば) ・食べたことがない食材がありますか ☐ 卵 ☐ 牛乳 ☐ 乳製品 ☐ 小麦粉 ☐ 大豆製品 ☐ エビ				
身体の様子	・アレルギー体質がありますか ☐ なし ☐ あり (症状) 治療のための食事制限 ☐ なし ☐ あり (食品) 症状出現時に必要な薬はありますか ☐ なし ☐ あり 食品以外のアレルギーはありますか ☐ なし ☐ あり 治療機関 () ・けいれんを起こしたことがありますか ☐ なし ☐ あり (歳頃 熱 度) (原因) ・今までに病気にかかったことがありますか (心臓、先天性の病気、てんかん、長期入院など) ☐ なし ☐ あり (病名 時期) ・毎日つづけて使うことが必要な薬がありますか ☐ なし ☐ あり (どんな薬 時間) ・次の項目にあてはまるケアが必要ですか ☐ なし ☐ 酸素 ☐ 導尿 ☐ 経管栄養 ☐ 血糖管理 ☐ 吸引 ☐ スワ管理 ・今までに大きなけがをしたことがありますか ☐ なし ☐ あり (入院歴 手術歴) ・関節が抜けたことがありますか ☐ なし ☐ あり (どの部分)				
	健診受診状況 ・受けた健診に☑をして下さい ☐ 1か月 ☐ 4か月 ☐ 後期健診 (9か月以上1歳未満) ☐ 1歳8か月 ☐ その他 () ・上記の健診及び受診時に何か心配なことをいわれたり、相談したことはありますか ☐ いいえ ☐ はい ()				
予防接種	・受けた予防接種に☑をし、回数を記入してください ☐ 受けるべき予防接種は受けている ☐ ロタウイルス (回) ☐ ヒブ (回) ☐ 肺炎球菌 (回) ☐ B型肝炎 (回) ☐ 四種混合 (回) ☐ BCG ☐ MR (麻しん・風しん) (回) ☐ 水痘 (回) ☐ 日本脳炎 (回) 【任意: ☐ おたふくかぜ ☐ その他 ()】				
その他	・集団保育の経験がありますか ☐ いいえ ☐ はい (施設名) (利用時期 歳 か月 ～ 歳 か月) ・土曜日の保育は必要ですか ☐ いいえ ☐ はい (☐ 毎週 ☐ 隔週 ☐ 月 回 ☐ 年 回) ・併用している施設はありますか (療育園等) ☐ いいえ ☐ はい (施設名) ・お子さまのことで何か気になること、心配なこと、日常生活で配慮していることがあれば書いてください。				
市園記載欄	問診日時 月 日 時 分～				問診者 父・母・本人・ () ()園・市 担当 ()

あてはまるものに☑をしてください。

※記入日時点での年齢の問診票をご記入ください。

市・園記載欄	問診日時 月 日 時 分～	問診者	父・母・本人・()
			()園・市 担当 ()