

心身状況票 (0歳児)

児童氏名	生年月日 H・R 年 月 日 (満 歳 ヲ月)	男・女
------	-------------------------	-----

生まれたときの状況

出産時の妊娠週数 週	身長 cm	体重 g	保育器の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
分娩 <input type="checkbox"/> 自然分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> その他 ()			使用の理由
分娩及び新生児期の異常 無・有 具体的に ()			

下記の健診は受けましたか？

1 ヲ月健診 <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない	健診で何か指導されましたか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 指導の内容 (健診を受けていない場合はその理由)
4 ヲ月健診 <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない	
9 ヲ月健診 <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない	

児童の体質について

アレルギー体質 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※アレルギーが「有」の場合、その内容について (あてはまるものにすべて) <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> アナフィラキシー <input type="checkbox"/> 食物アレルギー (原因食物等)
ひきつけ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (何によるひきつけですか？) その時の体温 ℃)
今までにかかった主な病気、入院歴 ()

- | | |
|----------------------------|----------|
| 1 ゆっくり動かされた物を目で追いますか？ | (はい・いいえ) |
| 2 首はすわりましたか？ | (はい・いいえ) |
| 3 あやすと、声を出して笑いますか？ | (はい・いいえ) |
| 4 ガラガラを持たせると、少しの間持っていますか？ | (はい・いいえ) |
| 5 お母さんの声のする方に振り向きますか？ | (はい・いいえ) |
| 6 寝返りをしますか？ | (はい・いいえ) |
| 7 アーアー、ウーウー等、声を出してお話しますか？ | (はい・いいえ) |
| 8 大人の膝の上で、つま先でピョンピョン跳ねますか？ | (はい・いいえ) |
| 9 はいはいをしますか？ | (はい・いいえ) |
| 10 つかまり立ちをしますか？ | (はい・いいえ) |
| 11 人見知りをしますか？ | (はい・いいえ) |
| 12 お父さん、お母さんの後追いをしますか？ | (はい・いいえ) |
| 13 離乳食を開始していますか？ | (はい・いいえ) |

※「はい」と答えた方は、具体的に進み具合を記載してください。

[]

特記事項	※心配事や注意してほしいことがありましたら記入して下さい
------	------------------------------

私は、次の事項に同意します。

- ・記入内容が事実と異なる場合や虚偽の申告があった場合には、申込みが無効となることに同意します。
- ・児童の心身状況について、保育に必要な範囲で関係機関や保健師等に照会することに同意します。
- ・児童の心身状況などを、保育所に提供することに同意します。

令和 年 月 日 保護者氏名

(印)

心身状況票 (1歳以上児)

児童氏名	生年月日 H・R 年 月 日 (満 歳 ヲ月)	男・女
------	-------------------------	-----

児童の状況について

食 事	<input type="checkbox"/> すべて自分でできる <input type="checkbox"/> 他人の助けがあればできる <input type="checkbox"/> すべて他人に食べさせてもらう	着・脱衣	<input type="checkbox"/> すべて自分でできる <input type="checkbox"/> 簡単なものは自分でできる <input type="checkbox"/> すべて他人にやってもらう
排せつ	<input type="checkbox"/> すべて自分でできる <input type="checkbox"/> 他人の助けがあればできる <input type="checkbox"/> 自分ではできないが、知らせる <input type="checkbox"/> おむつが必要	言 語	<input type="checkbox"/> 普通に話をする <input type="checkbox"/> どうか、話をする <input type="checkbox"/> 話せないが、相手の言うことがわかる <input type="checkbox"/> 話せない
遊 び	<input type="checkbox"/> 近所の子どもと普通に遊ぶ <input type="checkbox"/> 近所の子どもと遊ぶが、取り残されがち <input type="checkbox"/> 親（兄弟姉妹）としか遊ばない <input type="checkbox"/> いつも一人で遊びがち	運動機能	<input type="checkbox"/> 普通に歩き、走る <input type="checkbox"/> 歩くが、うまく走れない <input type="checkbox"/> 一人でやっと歩く <input type="checkbox"/> まだ歩けない

健診等の状況について

● 乳幼児健診を受けましたか。
 受けた (1ヶ月 4ヶ月 9ヶ月 1歳6ヶ月 3歳)
 受けていない (理由 _____)

● 乳児健診時に指導やその後の経過観察を受けましたか？
 受けていない
 受けた 時期： 1ヶ月 4ヶ月 9ヶ月 1歳6ヶ月 3歳 健診時
 内容： 身体的発達 知的発達 言葉の発達 その他
 (具体的に記入して下さい) _____)

アレルギーはありますか？ 無し 有り
 ※・「有り」の場合、その原因物質について (あてはまるものにすべてにチェックして下さい。)
 食物 動物 ハウスダスト その他 (_____)
 ・それによっておこる症状は何ですか？
 気管支炎 アレルギー性鼻炎 アレルギー性結膜炎 アトピー性皮膚炎
 じんましん アナフィラキシー その他 (_____)
 食物アレルギー (原因食物等 _____)

現在、持病等がありますか？ (風疹等、一時的なものは除く) 無し 有り
 ※「有り」の場合、その内容について (あてはまるものにすべてにチェックして下さい。)
 ぜんそく アトピー てんかん けいれん 心臓病 脱きゅう
 その他 (_____)

障がい者手帳 (身体、療育) を交付されていますか？ されていない されている
 ※「されている」の場合、その種類
 身体 級 (障がい名 _____) 療育 (A・B)

発達、発育に関する相談や指導を目的に、医療機関や専門機関 (病院、通園センター、児童相談所等) を利用している、又は利用したことがありますか？
 利用していない、利用したことはない
 利用したことがある H・R 年 月 日から H・R 年 月 日まで
 利用内容 (_____)
 利用している H・R 年 月 日から _____
 利用内容 (_____)

特記事項	※心配事や注意してほしいことがありましたら記入して下さい
------	------------------------------

私は、次の事項に同意します。

- ・記入内容が事実と異なる場合や虚偽の申告があった場合には、申込みが無効となることに同意します。
- ・児童の心身状況について、保育に必要な範囲で関係機関や保健師等に照会することに同意します。
- ・児童の心身状況などを、保育所に提供することに同意します。

令和 年 月 日 保護者氏名

