

# 要 支 援 児 保 育 現 況 調 査 書

|                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                          |  |                   |                                                 |                   |  |                     |  |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|-------------------------------------------------|-------------------|--|---------------------|--|
| <b>申請児の<br/>身長・体重</b>                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                              | 出生時： 体重 _____ g    身長 _____ cm<br>現 在： 体重 _____ g    身長 _____ cm         |  |                   |                                                 |                   |  |                     |  |
| <b>妊<br/>娠<br/>期<br/>・<br/>出<br/>生<br/>時<br/>の<br/>状<br/>況</b> | 妊娠中の母親の疾病 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br>病名( _____ )                                                                                                                                                                                             |                                                                          |  |                   | ≪ 出産直後の状況 ≫<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |                   |  |                     |  |
|                                                                | 妊娠期間 _____ 週 _____ 日 ( _____ ヶ月)<br>分娩時の状況 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常<br>異常の場合( _____ )                                                                                                                                                         |                                                                          |  |                   |                                                 |                   |  |                     |  |
|                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                          |  |                   |                                                 |                   |  |                     |  |
|                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                          |  |                   |                                                 |                   |  |                     |  |
| <b>主 病 名</b>                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                          |  | <b>合 併 症</b>      |                                                 |                   |  |                     |  |
| <b>診断病院・医師</b>                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                              | 病院名 _____ 医師 _____                                                       |  |                   |                                                 |                   |  |                     |  |
| <b>相<br/>談<br/>歴</b>                                           | <b>医療機関</b>                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり    施設名 [ _____ ] |  |                   |                                                 |                   |  |                     |  |
|                                                                | <b>保 健 所</b>                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり    施設名 [ _____ ] |  |                   |                                                 |                   |  |                     |  |
|                                                                | <b>市の関係機関</b>                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり    施設名 [ _____ ] |  |                   |                                                 |                   |  |                     |  |
|                                                                | <b>児童相談所</b>                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり    施設名 [ _____ ] |  |                   |                                                 |                   |  |                     |  |
| <b>出生から現在<br/>までの様子</b>                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                              | .....<br>.....<br>.....                                                  |  |                   |                                                 |                   |  |                     |  |
| <b>発達の状況</b>                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                              | 首のすわり    _____ か月頃                                                       |  | 寝返り    _____ か月頃  |                                                 | ハイハイ    _____ か月頃 |  | 自分でお座り    _____ か月頃 |  |
|                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                              | つかまり立ち    _____ か月頃                                                      |  | 一人歩き    _____ か月頃 |                                                 | 発声    _____ か月頃   |  | その他 _____           |  |
| <b>乳<br/>幼<br/>児<br/>健<br/>康<br/>診<br/>査<br/>等</b>             | ◆お子さんの現在の年齢までの乳幼児健診を受診しましたか<br>受診済みの健診をチェックしてください<br><input type="checkbox"/> 3・4ヶ月 <input type="checkbox"/> 6・7ヶ月 <input type="checkbox"/> 9・10ヶ月 <input type="checkbox"/> 1歳 <input type="checkbox"/> 1歳6ヶ月 <input type="checkbox"/> 2歳歯科 <input type="checkbox"/> 3歳      |                                                                          |  |                   |                                                 |                   |  |                     |  |
|                                                                | ◆今までの健診や受診等で、健康・発達上の相談、指導等を受けたことがありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい<br>「はい」の方： いつ頃 _____ 歳 _____ ヶ月<br>どこで <input type="checkbox"/> 発達相談室    _____<br><input type="checkbox"/> 言葉の教室    _____<br><input type="checkbox"/> その他    _____           |                                                                          |  |                   |                                                 |                   |  |                     |  |
|                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                          |  |                   |                                                 |                   |  |                     |  |
|                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                          |  |                   |                                                 |                   |  |                     |  |
| <b>健<br/>康<br/>状<br/>態</b>                                     | ◆定期的に通院が必要な病気や障害がありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい<br>「はい」の方： 病名 または 障害名 _____<br>医療機関名 _____                                                                                                                                                   |                                                                          |  |                   |                                                 |                   |  |                     |  |
|                                                                | ◆常備薬を必要とする病気や障害はありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい    ※薬が必要ない場合は「いいえ」を選択してください。<br>「はい」の方： <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他 _____<br>1日の服薬回数    _____ 回<br>服薬時間など _____<br>医療機関名 _____ |                                                                          |  |                   |                                                 |                   |  |                     |  |
|                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                          |  |                   |                                                 |                   |  |                     |  |
|                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                          |  |                   |                                                 |                   |  |                     |  |
| <b>ア<br/>レ<br/>ル<br/>ギ<br/>ー</b>                               | ◆アレルギーはありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい<br>「はい」の方： <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> その他                                           |                                                                          |  |                   |                                                 |                   |  |                     |  |
|                                                                | ◆アレルギー症状が出た場合、緊急に使用する薬はありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい<br>「はい」の方： 薬品名 _____                                                                                                                                                                   |                                                                          |  |                   |                                                 |                   |  |                     |  |
|                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                          |  |                   |                                                 |                   |  |                     |  |
|                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                          |  |                   |                                                 |                   |  |                     |  |

|                |                                                                                                                                                             |          |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 保 育 歴          | 《集団保育を希望する理由》                                                                                                                                               |          |
|                |                                                                                                                                                             |          |
|                |                                                                                                                                                             |          |
|                |                                                                                                                                                             |          |
|                |                                                                                                                                                             |          |
| 食 事            | 食べてはいけないもの [ ]                                                                                                                                              | 好き嫌い [ ] |
|                | スプーン・フォーク [ ]                                                                                                                                               | 食事の仕方[ ] |
| 排 泄            | 大便 [ ]                                                                                                                                                      | 小便 [ ]   |
| 着 脱            | 洋服                                                                                                                                                          | ボタンかけ    |
|                | パジャマ                                                                                                                                                        | ズボンなど    |
| 生活リズム          | 午睡 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する _____ 時～ _____ 時 就寝時間 _____ 時～ _____ 時                                                          |          |
| 遊 び            | 一人遊び                                                                                                                                                        |          |
|                | 好きなおもちゃ                                                                                                                                                     |          |
| 言語認識           | 単 語                                                                                                                                                         |          |
|                | 二語文など                                                                                                                                                       |          |
|                | オウム返し <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない                                                                                              |          |
|                | 指 示 語 <input type="checkbox"/> 分かる <input type="checkbox"/> 分からない                                                                                           |          |
| 手指の動き          | はさみ <input type="checkbox"/> 使える [ 歳～] <input type="checkbox"/> 使えない                                                                                        | おえかき     |
| 身体の動き          | 不自由なところ [ ]                                                                                                                                                 |          |
| 日頃<br>気をつけている事 |                                                                                                                                                             |          |
| そ<br>の<br>他    | ◆障害者手帳、療育手帳などが交付されていますか<br>「はい」の方 : <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 _____ 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 _____ 度<br><input type="checkbox"/> 愛の手帳 _____ 度 |          |
|                | ◆入園にあたり、健康、発達について気になることがあれば記入してください。                                                                                                                        |          |
|                |                                                                                                                                                             |          |
|                |                                                                                                                                                             |          |
|                |                                                                                                                                                             |          |
|                |                                                                                                                                                             |          |