

児童及び家庭状況等申告書①（表面）

記入日：令和 年 月 日

ふりがな	
児童名	
生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 令和 令和5年4月1日現在()歳

*この申告書は、入園申込時の状況を把握するためのものです。

*二重枠囲みの部分について、該当する項目をチェック、必要な項目をご記入の上、申込書とあわせてご提出ください。

出 産 時	妊娠()週で出産 出生時体重()g 〈分娩の経過〉 <input type="checkbox"/> 頭位 <input type="checkbox"/> 骨盤位 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他()
食 事	・食べる時何を使っていますか <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 箸
排 泄	<input type="checkbox"/> オムツをしている <input type="checkbox"/> オムツはずれている <input type="checkbox"/> 小便は一人でできる <input type="checkbox"/> 大便の後始末もできる
睡 眠	・夜は何時頃寝ますか(時 分頃) ・朝起きる時間は(時 分頃)
	・現在お昼寝をしていますか <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している(時～ 時)
	・寝るときのくせはありますか <input type="checkbox"/> ある() <input type="checkbox"/> ない
こ と ば	・自分の名前が言えますか <input type="checkbox"/> 言えない <input type="checkbox"/> 言える
	・名前を呼ばれると返事ができますか <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる
	・言われたことがわかり応えることができますか <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる
	・ひとりごとやオウム返しがありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
着 替 え	・衣服の上下を理解し、一人で着たり脱いだりできますか <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる
	・着るものや着る順番などを気にすることがありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
	・衣服等がぬれたり汚れることを必要以上に気にしますか <input type="checkbox"/> 気にする <input type="checkbox"/> 気にしない
健 康 状 態	・身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳のいずれかを持っていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	・ひきつけを起こしたことがありますか <input type="checkbox"/> ある(歳 ヶ月頃) <input type="checkbox"/> ない
	・今まで病気で入院したり大きなけがをしたことがありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 病名・怪我の内容 () 現在の治療の状況 ()
	・持病や体質で気になることがありますか【例:小児喘息・ひきつけ・アトピー・関節がはずれる等】 <input type="checkbox"/> ある() <input type="checkbox"/> ない ある場合、医師からの指導内容 ()
	・直近で受けた健康診査をお書きください ()歳()ヶ月健診 健診で何らかの指導があった場合にはお書きください ()
	・食べ物のアレルギーはありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ある場合 品目 () 程度【例:加熱すれば可、完全除去が必要、アナフィラキシー症状を起こしたことがある等】 () 医師からの指導内容 ()
	食べ物以外のアレルギーはありますか ある場合 原因 () 医師からの指導内容 ()

児童及び家庭状況等申告書②（裏面）

		ふりがな	
		児童名	
遊 び	・好きな遊び (複数可)	<input type="checkbox"/> ごっこ遊び	<input type="checkbox"/> お絵描き
		<input type="checkbox"/> くるま遊び	<input type="checkbox"/> ゲーム機・テレビ等
	・一人遊びを好みますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
身 体 の 発 達	・じっとしているより動き回っていることが多いですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・新しい場所や新しい事柄に慣れるのに時間がかかりますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・年齢なりの歩く、走るができますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
	・手をつなぐことを嫌がりますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・会話している相手と視線を合わせることができますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
そ の 他	健康上または発達上、気になることがあれば記入してください ()		

児童の保育状況等

現 在 の 状 況	<input type="checkbox"/> 自宅で保育している	→ <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> 保育施設等を利用している	◎施設名称 ()		
		◎利用期間: 年 月 日～ 年 月 日		
		◎種別	<input type="checkbox"/> 認可保育園	<input type="checkbox"/> 小規模・事業所内保育事業
	<input type="checkbox"/> 一時保育(週 日)	<input type="checkbox"/> 認可外保育施設		
	◎長泉町以外の保育施設等の場合(所在市町名)			
	<input type="checkbox"/> 親族に預けている (所在地: 市・町) (続柄:)			
	<input type="checkbox"/> 職場で保育している	<input type="checkbox"/> 店舗内	<input type="checkbox"/> 休憩室	<input type="checkbox"/> 自宅 (職場と同じ場所) <input type="checkbox"/> その他
入 所 歴	過去に保育施設・幼稚園等を利用経験がある		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	⇒施設名:	利用時期:	年 月～	年 月
	退所理由: <input type="checkbox"/> 育児休業取得のため <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> その他 ()			
住 所 の 状 況	転居の予定 <input type="checkbox"/> あり (転居先住所) <input type="checkbox"/> なし			
	転居予定日	令和 年 月 日頃		