

新規申し込み用

保育施設入所児童アンケート

記入日：令和 年 月 日

※このアンケートは、入所決定した保育施設へ渡す資料ですので、事実を具体的に記入してください。

ふりがな		性別	生年月日	
児童氏名		男・女	H・R	年 月 日
住所	広川町大字			
ふりがな		保護者連絡先(携帯電話番号)		
保護者氏名		父： - -	母： - -	
保育施設を利用しているきょうだい児 有・無		氏名：	保育施設名：	

1. 保育施設の見学について ※該当するものに○をつけてください。

保育施設の見学に行きましたか	はい	(いつ頃：)	いいえ
----------------	----	---------	-----

※アレルギーやけいれんを起こしたことがある場合は、必ず希望する保育施設に相談のうえ申込みをしてください。

2. 健康診査の受診状況について ※該当するものに○をつけてください。

1か月児	異常 なし・あり	経過観察中()
3・4か月児	異常 なし・あり	経過観察中()
6・7か月児	異常 なし・あり	経過観察中()
9・10か月児	異常 なし・あり	経過観察中()
1歳6か月児	異常 なし・あり	経過観察中()
3歳児	異常 なし・あり	経過観察中()

3. 発達の経過について ※該当するものに○をつけてください。

集団保育の経験はありますか	はい	施設名：	いいえ
首はすわっていますか	はい	(か月頃)	いいえ
寝返りはできますか	はい	(か月頃)	いいえ
ハイハイはできますか	はい	(か月頃)	いいえ
ひとりすわりはできますか	はい	(か月頃)	いいえ
歩行はできますか	はい	(年 か月頃)	いいえ
アレルギーはありますか	はい		いいえ
→病院の診断を受けましたか	はい	(病院名：) (原因：) (除去食等：) ()	いいえ
→どのような対応が必要ですか			
今までに大きな病気やケガはありましたか	はい	(病 名：)	いいえ
→現在も症状はありますか	はい	(病 状：)	いいえ
→定期的に通院していますか	はい	(病院名：)	いいえ
けいれんを起こしたことはありますか	はい	(年齢： 歳 か月頃) (回数： 回くらい) (そのときの体温： 度) (年 月 日頃)	いいえ
→最後に起こしたのはいつですか			
発育で気になることはありますか	はい		いいえ
→気になる部分はどこですか		ことば・手足・視覚・聴覚 その他()	
→病院等に相談したことはありますか	はい	(病院・施設名：)	いいえ
障がいがありますか	はい	(障がい名：) (病院・施設名：)	いいえ
集団保育を行う上で、個別対応が必要なことがあればご記入ください。			