

# 家庭状況について

就労(予定)の場合	勤務(予定)先名		
	所在地		
	電話番号	( )	( )
	労働時間・曜日・日数	_____ : _____ ~ _____ : _____ (月・火・水・木・金・土・日) 1日平均_____時間 週平均_____日間	_____ : _____ ~ _____ : _____ (月・火・水・木・金・土・日) 1日平均_____時間 週平均_____日間

## 児童状況について

	申込児童名①	申込児童名②
	現在の年齢 才 ヲ月	現在の年齢 才 ヲ月
	現在の身長 m cm	現在の身長 m cm
	現在の体重 kg	現在の体重 kg
①生まれた時の体重は	g	g
②大人の言うことがわかりますか	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
③歩き始めはいつ頃ですか	( )ヵ月 ・ まだ	( )ヵ月 ・ まだ
④スプーンやフォークを使って自分で食べますか	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
⑤走ることができますか	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
⑥二語文(ワンワンキタ、マンマチョウダイ)などが言えますか	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
⑦排泄(した後)、言葉やしぐさで教えますか	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
⑧最近受けた健康診断の結果はどうでしたか	( 歳児健診 ) 良好 ・ 指摘あり	( 歳児健診 ) 良好 ・ 指摘あり
※「指摘あり」の場合は、内容を記入してください		
⑨健康状態について記入してください	1.現在、継続的に通院治療等をしていますか ( 無 ・ 有 ) →「有」の方は病名、投薬の有無、かかりつけの病院を記入してください ・病名:[ ] ・投薬:( 無 ・ 有 → [1日 回→ 朝・昼・夕 ] ) ・かかりつけ病院:[ ]	1.現在、継続的に通院治療等をしていますか ( 無 ・ 有 ) →「有」の方は病名、投薬の有無、かかりつけの病院を記入してください ・病名:[ ] ・投薬:( 無 ・ 有 → [1日 回→ 朝・昼・夕 ] ) ・かかりつけ病院:[ ]
	2.ひきつけを起こしたことはありますか ( 無 ・ 有 ) →「有」の方は投薬の有無を記入してください ・投薬:( 無 ・ 有 )	2.ひきつけを起こしたことはありますか ( 無 ・ 有 ) →「有」の方は投薬の有無を記入してください ・投薬:( 無 ・ 有 )
	3.アレルギーはありますか ( 無 ・ 有 ) 〔食物アレルギー ・ ぜん息 ・ アトピー性皮膚炎 ・ その他( )〕 →「有」の方でアレルゲンの特定があれば記入してください (アレルゲン: )	3.アレルギーはありますか ( 無 ・ 有 ) 〔食物アレルギー ・ ぜん息 ・ アトピー性皮膚炎 ・ その他( )〕 →「有」の方でアレルゲンの特定があれば記入してください (アレルゲン: )
	4.手帳(障害者手帳・愛の手帳)の交付はされていますか ( 無 ・ 有 → _____ 級・ _____ 度 )	4.手帳(障害者手帳・愛の手帳)の交付はされていますか ( 無 ・ 有 → _____ 級・ _____ 度 )
⑩その他、入園にあたり、健康上・発達上気になることがありましたら記入してください ※運動面、言葉、生活(排泄や食事)、身体、視力、聴力等		