

保育施設入所児童アンケート

保護者記入日： 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、事実を具体的にご記入ください。

なお、集団保育が不可能と判断した場合、入所をお断りする場合もあります。

ふりがな		性別		住所	筑後市大字
児童名		男・女			
生年月日	H・R 年 月 日				
ふりがな		続柄：			続柄：
保護者名				携帯電話番号：	— —
				携帯電話番号：	— —
現在、保育施設に通っている兄弟児	無 ・ 有	氏名：		保育施設名：	

1. 園への見学状況についてお聞かせください。※該当するところに○をつけてください。

見学に行かれましたか	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、必ず希望園に相談のうえ申込みをしてください。対応できない場合があります。

2. 予防接種の接種状況についてお聞かせください。※接種したものに○をつけてください。

・BCG ・MR(麻疹 風疹) ・水痘 ・B型肝炎 ・おたふくかぜ ・接種していない

3. 健康診査の受診状況についてお聞かせください。※該当するところに○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()

4. 発達の経過についてお聞かせください。※該当するところに○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
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
→病院の診断は受けましたか	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
→定期的に通院されていますか	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： 才 か月頃) (回数： 回くらい) (その時の体温： 度) (最後に起こしたのはいつですか) (年 月 日頃)	いいえ
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()	
→病院等に相談されたことはありますか	はい	(病院・施設名：)	いいえ
障害はありますか	はい	(障害名：) (病院・施設名：)	いいえ
→身体障害者手帳・療育手帳をお持ちですか	はい ・ いいえ ・ 申請中 ・ 申請予定		
→特別児童扶養手当を受給されていますか	はい ・ いいえ ・ 申請中 ・ 申請予定		
集団保育を行う上で、個別対応が必要なことはありますか？			

※市記入欄(桜・筑・棟・輝・古・あ・楠・幸・羽・松・二・船・水・和・中・ど・ス・な・め・どん・は・尚・二・九・他)