

|      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 整理番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

令和8年度

利用児童・世帯状況調査票

記入日 令和 年 月 日

|           |  |         |  |                |
|-----------|--|---------|--|----------------|
| 保 護 者 氏 名 |  | 児 童 氏 名 |  | 生 年 月 日        |
|           |  |         |  | 令和 年 月 日<br>歳児 |

●病気履歴等について、以下の項目にご回答ください。

|                                     |                                 |                                                                                                          |
|-------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 乳幼児健診を受けましたか？                       | <input type="checkbox"/> 受けた    | 【 4か月 ・ 8～9か月 ・ 1歳6か月 ・ 3歳6か月 】<br>⇒指摘等： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（指摘内容： ） |
|                                     | <input type="checkbox"/> 受けていない |                                                                                                          |
| 各年齢の予防接種を受けましたか？                    | <input type="checkbox"/> 受けた    | 【 小児用肺炎球菌 ・ 五種混合 ・ B型肝炎 ・ 麻疹風疹混合 ・ 日本脳炎 ・ 水痘 ・ BCG 】（受けたもの全てに○をつけてください）                                  |
|                                     | <input type="checkbox"/> 受けていない |                                                                                                          |
| 持病や治療中の病気はありますか？                    | <input type="checkbox"/> なし     |                                                                                                          |
|                                     | <input type="checkbox"/> あり     | 【 喘息 ・ アトピー ・ アレルギー ・ その他（ ）】<br>⇒服薬： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（薬名： ）      |
| 定期的な通院・入院予定はありますか？                  | <input type="checkbox"/> なし     |                                                                                                          |
|                                     | <input type="checkbox"/> あり     | 【通院歴： 歳 か月頃～ / 入院予定： 歳 か月頃】<br>⇒症状：（ ）                                                                   |
| 食べ物の制限はありますか？<br>（アレルギー・宗教上の理由等による） | <input type="checkbox"/> なし     |                                                                                                          |
|                                     | <input type="checkbox"/> あり     | 【 卵 ・ 牛乳 ・ 小麦 ・ その他（ ）】                                                                                  |
| 身体障害者手帳や療育手帳をお持ちですか？                | <input type="checkbox"/> なし     |                                                                                                          |
|                                     | <input type="checkbox"/> あり     | 【 身体障害者手帳： 級 障がい名：（ ）】<br>【 精神障害者保健福祉手帳： 級】<br>【 療 育 手 帳： A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 】                            |
| 障がい児通園施設等の利用・相談をしたことはありますか？         | <input type="checkbox"/> なし     |                                                                                                          |
|                                     | <input type="checkbox"/> あり     | 【 通園 ・ 相談 】 施設名：（ ）<br>⇒相談内容：（ ）                                                                         |

●発達と生活状況についてご回答ください。

|      |       |                                |                                          |                                  |                                  |
|------|-------|--------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 発 育  | 身 体 面 | <input type="checkbox"/> 首すわり  | <input type="checkbox"/> ハイハイ            | <input type="checkbox"/> つかまり立ち  | <input type="checkbox"/> ひとりで歩ける |
|      | 言 葉   | <input type="checkbox"/> 話せない  | <input type="checkbox"/> 少し話せる           | <input type="checkbox"/> 話せる     |                                  |
| 生活状況 | 哺 乳   | <input type="checkbox"/> していない | <input type="checkbox"/> 母乳              | <input type="checkbox"/> 母乳・ミルク  | <input type="checkbox"/> ミルク     |
|      | 排 泄   | <input type="checkbox"/> おむつ   | <input type="checkbox"/> 介助が必要           | <input type="checkbox"/> ひとりでできる |                                  |
|      | 睡 眠   | 朝起きる時間： 時頃 / 夜寝る時間： 時頃         |                                          |                                  |                                  |
|      | お 昼 寝 | <input type="checkbox"/> しない   | <input type="checkbox"/> する（時間： 時頃・ 時間位） |                                  |                                  |

●その他保育所等を利用するにあたり、お子様の健康や発達について心配なことをご記入ください。

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

※入所するまでの間に、変更点があれば、園に連絡をしてください。

●保護者の国籍が日本以外の方に伺います。

|            |                                                                                                                                                                                                                |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 保護者の国籍     | 父：（ ）<br>母：（ ）                                                                                                                                                                                                 |
| 保護者の日本語の状況 | 父： <input type="checkbox"/> 話せる <input type="checkbox"/> 少し話せる <input type="checkbox"/> 話せない（話せる言語： ）<br>母： <input type="checkbox"/> 話せる <input type="checkbox"/> 少し話せる <input type="checkbox"/> 話せない（話せる言語： ） |