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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | 生年月日 |
|  |  |  |  | 令和　　年　　月　 日 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？ | * 受けた | 【 ４か月 ・ ８～９か月 ・ １歳６か月 ・ ３歳６か月 】  ⇒指摘等： □ なし　□ あり（指摘内容：　　　　　　　　　　　） |
| * 受けていない | |
| 各年齢の予防接種を受けましたか？ | * 受けた | 【 小児用肺炎球菌 ・ 五種混合 ・ B型肺炎 ・ 麻疹風疹混合 ・  日本脳炎 ・ 水痘 ・ BCG 】（受けたもの全てに〇をつけてください）】 |
| * 受けていない | |
| 持病や治療中の病気はありますか？ | * なし | |
| * あり | 【 喘息 ・ アトピー ・ アレルギー ・ その他（　　　　　　　　）】  ⇒服薬：□ なし　　□あり（薬名：　　　　　　　　　　　　　　） |
| 定期的な通院・入院予定はありますか？ | * なし | |
| * あり | 【通院歴：　　歳　　か月頃～　/　入院予定：　　 歳　　か月頃】  ⇒症状：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 食べ物の制限はありますか？  （アレルギー・宗教上の理由等による） | * なし | |
| * 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？ | * なし | |
| * あり | 【 身体障害者手帳：　　級　障がい名：（　　　　　　　　　　　）】  【 精神障害者保健福祉手帳：　　級】  【 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？ | * なし | |
| * あり | 【 通園 ・ 相談 】　施設名：（　　　　　　　　 　　　　　　　）  ⇒相談内容：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |

**●発育と生活状況についてご回答ください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 発　育 | 身体面 | □ 首すわり　　　□ ハイハイ　　　□ つかまり立ち　　　□ ひとりで歩ける |
| 言葉 | □ 話せない　　　□ 少し話せる　　□ 話せる |
| 生活状況 | 哺乳 | □ していない　　□ 母乳　　　　　□ 母乳・ミルク　　　□ ミルク |
| 排泄 | □ おむつ　　　　□ 介助が必要　　□ 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 | □ しない　　　　□ 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、お子様の健康や発育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：（　　　　　　　　　　　　　　　）  母：（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 保護者の日本語の状況 | 父：□ 話せる　□ 少し話せる　□ 話せない（話せる言語：　　　　　　　　　）  母：□ 話せる　□ 少し話せる　□ 話せない（話せる言語：　　　　　　　　　） |