

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

令和 9 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 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	【 1 か月 ・ 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）
	☐ 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：（ ）

●発達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：（ ） 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： ）