

児童の状況

※申込児童1人につき1枚提出してください（申込書の一部のため全員記入が必要）。
 ※面接時にお持ちください。なお、この内容は入所決定施設と共有します。

ふりがな 児童氏名		ふりがな 申請者氏名		
児童 生年月日	平・令 年 月 日	申請者 電話番号	() <input type="checkbox"/> 父携帯・ <input type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> ()	
第1希望の 保育施設名		申請者住所	〒 -	
保育の 状況	<input type="checkbox"/> 保育所・認定こども園・地域型保育・幼稚園・認可外保育施設に預けている	施設名： _____ (平・令 年 月 日入所) 認可 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 認定こども園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 地域型保育)・ <input type="checkbox"/> 認可外保育施設 保育時間： 時 分 ~ 時 分 利用日数： 週 日 月額保育料： 円		
	<input type="checkbox"/> 自宅で見ている	母・父・祖母・祖父・その他()		
	<input type="checkbox"/> 勤務先に同行	母・父・祖母・祖父・その他() 職場内託児施設： 有 ・ 無		
	<input type="checkbox"/> その他	具体的状況： _____		
※当てはまる 欄にチェ ックして 記入して ください	発達 状況	・出生時の体重 _____ g 妊娠期間 _____ 週 ・出産は順調でしたか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・首がすわったのは <input type="checkbox"/> () か月頃 <input type="checkbox"/> すわっていない ・おすわりをしたのは <input type="checkbox"/> () か月頃 <input type="checkbox"/> まだ ・寝返りをしたのは <input type="checkbox"/> () か月頃 <input type="checkbox"/> まだ ・ハイハイをしたのは <input type="checkbox"/> () か月頃 <input type="checkbox"/> まだ ・歩き始めたのは <input type="checkbox"/> () か月頃 <input type="checkbox"/> まだ ・呼ばれると振り向きですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・目が合いますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・ことばは <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 遅い <input type="checkbox"/> 日本語を教えていない <input type="checkbox"/> その他()		
		次の項目は、2歳から5歳までのお子様についてお答えください。 ・理由なく奇声を出したり、泣いたりすることがありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・落ち着きがなく、手を放すとどこに行くか分からないことがありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
健康 状態	・次の症状はありますか。			
	項目	有無	症状	日常生活で気をつけていること
	ぜん息	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	アレルギー性鼻炎	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	じんましん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	品目： 症状：	(<input type="checkbox"/> エピペン使用)
	その他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	・ひきつけの経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(初回： 歳 か月のとき、この1年で起きた回数： 回)		
	・心身の障がい	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(障がい名：)		
・排泄	<input type="checkbox"/> 1人で可 <input type="checkbox"/> 付き添えば可 <input type="checkbox"/> おむつ使用 <input type="checkbox"/> その他()			
・健診時の指摘事項	1歳6か月児健診 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済(指摘事項： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)			
	3歳児健診 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済(指摘事項： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)			
	その他 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済(指摘事項： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)			
・病気や発達のこと で治療・相談して いる病院や施設	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→病院・施設名： 病名・症 状： 服 薬： 無 ・ 有(朝・昼・夕)			
・健康上又は発達上 気になること	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(具体的状況：)			

※市使用欄 面接担当者()