

※出生前に申込される場合は、入園一次選考通過後の面談時に提出してください。

12-1

## 新入園児調査票

島田市福祉事務所長  
利用希望保育所等施設長

記入日 令和 年 月 日

新入園児氏名	(ふりがな: _____) (愛称: _____) (男・女)
生年月日	H・R 年 月 日生 (才 ヶ月)
住所	
保護者名	(父・母)
入園前の保育状況 (該当する項目にチェックをつけてください)	<input type="checkbox"/> 家庭保育 (父・母・祖父・祖母・その他 (____)) <input type="checkbox"/> 保育所等 (____ 保育園) <input type="checkbox"/> 託児所 (____) <input type="checkbox"/> その他 (____) ←認可外等

### 1. 出生時の状況

正常分娩 ・ 異常分娩 (臍帯てん絡 ・ 仮死 ・ 逆子 ・ 帝王切開 ・ 鉗子分娩など)  
在胎期間 ( ) 週 体重 ( ) 産声 (元気・弱い・泣かない)  
保育器 (無 ・ 有) 人口蘇生 (無 ・ 有)

### 2. 生育歴

栄養 (母乳・人工・混合) 離乳 (順調・遅れ) 首のすわり ( ) ヶ月  
視線 (合う・合いにくい) 始語 ( ) ヶ月 始歩 ( ) ヶ月  
人見知り (過敏・普通・なし) 後追い (過敏・普通・なし)

### 3. 既往歴

今までに大きな病気やけが等をしたことがありますか？

無  有→(病名: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 年 月頃～)

現在治療中の病気やアレルギーはありますか？※食物アレルギーについては裏面に記載

無  有→(病名: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 年 月頃～)  
食事以外のアレルギー  無  不明  有→(花粉症・アトピー・\_\_\_\_\_)

現在投薬の必要がありますか？(※原則、保育所等での投薬行為はできません)

無  有→(薬名: \_\_\_\_\_ :  飲み薬  塗り薬  その他) \_\_\_\_\_ 回/日

### 4. 健診等の受診歴 (あてはまるものを○で囲む又は記載。)

#### ①健診の受診

無 ・ 有 (4カ月健診 ・ 7カ月相談 ・ 10カ月健診 ・ 1才6カ月健診 ・ 3才児健診)

#### ②その際に指導事項がありましたか？

無 ・ 有 ( \_\_\_\_\_ )

#### ③言葉やその他の発達について継続して相談や受診をしている機関はありますか？

無 ・ 有 (あそびの教室 ・ つくしんぼ ・ ふわり ・ その他 ( \_\_\_\_\_ ) )

(裏面に続きます。)

5. 現在までのお子さんの成長について（あてはまるものを○で囲む又は記載。）

①生活リズムについて

- ・起床時間（      時頃）      昼寝（      時頃）      就寝（      時頃）
- ・睡眠の問題      無 ・ 有（寝つきが悪い・夜泣き・不規則）

②ことばや社会性について（できる項目にチェック）

- ・  あやすと声を出す（出した）
- ・  声を出して笑う（笑った）
- ・  人やおもちゃに向かって声を出す（出した）
- ・  親の話し方で感情（禁止など）を聞き分ける（分けた）
- ・  身振りを真似する（オツムテンテンなど）（真似をした）
- ・  さかんにお喋りする（マママ、ダ、チャなど）
- ・  ほめられると同じ動作を繰り返す（繰り返した）
- ・  ことばを1～3語正しくまねる
- ・  簡単な手伝いをする
- ・  友達と手をつなぐ
- ・  絵本を見て2つの物の名前を言う
- ・  「きれいね、おいしいね」などの表現ができる
- ・  「もうひとつ、もう少し」が分かる
- ・  ままごとで役を演じることができる
- ・  同年齢児と会話ができる

③聴力や視力で気になることはありますか？（いいえ ・ 時々 ・ はい）

④食事について注意することはありますか？

食物アレルギーの状況

<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> その他(      ) ※除去の内容 <input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 部分除去 <input type="checkbox"/> 除去なし ※医師の指導 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（通院等）
---

その他の気になる事項

<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ (      ) 食べさせたことがないもの（避けているもの）：      )
--

⑤お子さんの行動で気になることはありますか？それはどんな時ですか？

<input type="checkbox"/> 特定のものにこだわりがある（状況：      )
<input type="checkbox"/> キョロキョロして動き回りじっとしていない（状況：      )
<input type="checkbox"/> 物を投げつけることがある（状況：      )
<input type="checkbox"/> 人を叩いたりすることがある（状況：      )
<input type="checkbox"/> 特になし

6. その他

事前に保育園等に知らせておきたいことや、不安に思うことはありますか？

<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（下記に記入）   
--

注：申込時にわからなかった病気等により、実際に入園する際に行う面談によって特段の配慮や対応が必要であると判明し、施設の人員配置等により保育の安全(他児童を含む)の確保が困難となりその対応ができない場合、その施設には入園できない可能性があります（一旦保留し、再選考となります）。

（最後に、記載漏れがないか確認してください。）