

入 園 調 査 票

4

フリガナ		性別	生 年 月 日
児童名		男 女	令和 年 月 日 (歳 か月)
住所	御殿場市	連絡先	父・母 携帯 ()
生 育 歴		保 育 歴	
出産時の体重	約 g	1. 家庭保育のみ 2. 一時保育のみ 4. その他()	
妊娠期間	妊娠 週	3. 保育所、幼稚園を利用していたことがある(園名:)	

項 目	(該当するものに○をつけて下さい。)
1 ことばについて	
・ ことばで家族や友達とのやりとりができますか。	は い ・ 時 々 ・ いいえ
・ ことばの遅れや発音の心配はありますか。	は い ・ 時 々 ・ いいえ
2 生活の中で	
・ 衣服の着脱を自分でやろうとしますか。	は い ・ 時 々 ・ いいえ
・ 落ち着きがない、乱暴であるなどと感じることがありますか。	は い ・ 時 々 ・ いいえ
・ 不安や恐れが強い、人見知りが激しいなどと感じることがありますか。	は い ・ 時 々 ・ いいえ
・ 人や物に関心を示さない、視線が合いにくいなどの心配はありますか。	は い ・ 時 々 ・ いいえ
3 排泄について	
・ おむつをしていますか。	は い ・ 時 々 ・ いいえ
・ おしっこ、うんちを教えますか。	出る前に教える ・ 出てから教える ・ その他()
・ トイレでおしっこ、うんちをすることができますか。	は い ・ 時 々 ・ いいえ
4 今までにかかったことのある病気に○をつけて下さい。 心臓病・川崎病・ぜんそく・腎臓病・てんかん・アトピー性皮膚炎・中耳炎・鼻炎・花粉症 ひきつけ(無熱時・有熱時 °C)・その他()	
5 現在、発達や慢性的な病気のことで相談している、病院や施設がありますか。	は い ・ いいえ
病院・施設名:() 病名等:() 通院(所)日数:(月・週に 回)	
6 慢性的な病気で常に飲んでいいる薬がありますか。	無 ・ 有 ()
7 食物アレルギーはありますか。	無 ・ 有 →症状、除去食など()
アレルギー検査を受けていますか。	は い ・ いいえ
8 乳幼児健診、相談についてお尋ねします。 ※受けたもの全てに○をして、指導や助言を受けた内容をご記入ください。	
☐ 4か月児健診() ☐ 6か月児健診()	
☐ 10か月児健診()	
☐ 1歳6か月児健診()	
☐ 2歳健康相談()	
☐ 2歳6か月児 フツ化物塗布と健康相談()	
☐ 3歳児健診()	
9 個人情報の利用について 保育所等の利用にあたり必要な場合、市が保有している乳幼児健診などの個人情報の利用について 同意します。	
令和 年 月 日 保護者署名	
10 お子様の様子で気になっていること、日頃気をつけていること、園に伝えたいこと等がありましたらご記入ください。	