入 園 調 査 票

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	g	1. 家庭保育のみ　2. 一時預かりのみ　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：　　)

④

項　　目	（該当するものに〇をつけて下さい。）
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、目線が合いにくいなどの心配がありますか。	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〇をつけて下さい。 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　　．　℃） ・ 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（　　）
	アレルゲン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。 ※受けたもの全てに〇をして、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か月児健康相談（　　）
☐10か月児健診（　　）	☐1歳6か月児健診（　　）
☐2歳児健康相談（　　）	☐2歳6か月児 フッ化物塗布事業（　　）
☐3歳児健診（　　）	☐5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。	