

【長泉町】

記入日 令和 年 月 日

子どもの状況申告書(2歳児クラスまで)

0~2歳児クラスに入所希望の方はこちらに記入してください。

ふりがな		男 ・ 女
氏名		
生年月日	令和 年 月 日	
	令和7年4月1日現在( 0・1・2 )歳	

※お子様のことについて、下のあてはまるところに✓(チェック)を入れ、必要事項をご記入ください。

出生時の状況	妊娠( )週で出産 出生時の体重( )g (分娩の経過) <input type="checkbox"/> 頭位 <input type="checkbox"/> 骨盤位 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他( )
発育の状況	・首はすわっていますか? <input type="checkbox"/> すわっている( カ月頃) <input type="checkbox"/> まだすわっていない ・寝返りはできますか? <input type="checkbox"/> できる( カ月頃~) <input type="checkbox"/> まだしない ・ひとりすわりはできますか? <input type="checkbox"/> できる( カ月頃~) <input type="checkbox"/> まだしない ・歩きはじめはいつですか? <input type="checkbox"/> ( 歳 カ月頃~) <input type="checkbox"/> まだ歩かない
睡眠	・夜の睡眠は何時から何時ですか? 夜( 時 分)頃~朝( 時 分)頃まで ・現在お昼寝をしていますか? <input type="checkbox"/> はい( 時頃~ 時頃) <input type="checkbox"/> いいえ ・寝るときのくせはありますか? <input type="checkbox"/> はい( ) <input type="checkbox"/> いいえ
食事の状況	<input type="checkbox"/> 母乳のみ <input type="checkbox"/> ミルクのみ <input type="checkbox"/> 母乳とミルクの混合 <input type="checkbox"/> 離乳食( 回食) <input type="checkbox"/> 普通食
排泄	<input type="checkbox"/> おむつをしている <input type="checkbox"/> 出ると教える <input type="checkbox"/> トイレトレーニングをしている
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> あやすと笑う <input type="checkbox"/> 名前を呼ぶと反応する <input type="checkbox"/> 話しかけると目を合わせる <input type="checkbox"/> 声出しをする <input type="checkbox"/> ママ・ブーブなど意味のある言葉をいくつか話す( 歳 カ月頃~)
健康状態	・身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳のいずれかを持っていますか? <input type="checkbox"/> はい( ) <input type="checkbox"/> いいえ
	・ひきつけを起こしたことがありますか? <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない いままで起きた回数( 回) 直近で起きた時期( 歳 カ月頃)
	・今までに大きな病気や大きなケガをしたことはありますか? <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 病名やケガの内容( ) 現在の状況( )
	・持病や体質で気になることがありますか? 例:小児喘息・アトピー・花粉症・関節がはずれやすい など <input type="checkbox"/> ある( ) <input type="checkbox"/> ない
	・発達で気になることがありますか? <input type="checkbox"/> ある( ) <input type="checkbox"/> ない
	・受けた乳幼児健診をチェックしてください。 <input type="checkbox"/> まだ受けていない <input type="checkbox"/> 4カ月児健診 <input type="checkbox"/> 10カ月児健診 <input type="checkbox"/> 1歳6カ月健診 ・健診での指導 <input type="checkbox"/> ある( ) <input type="checkbox"/> ない
	・食べ物のアレルギーはありますか? <input type="checkbox"/> ある(ある場合下にご記入ください。) <input type="checkbox"/> ない 品目( ) 症状( ) 医師からの指導内容 例:加熱すれば可。完全除去が必要。投薬が必要。など ( )
その他、気になることがありましたらお書きください。	

【長泉町】

記入日 令和 年 月 日

子どもの状況申告書(3歳児クラス以上)

3～5歳児クラスに入所希望の方はこちらに記入してください。

ふりがな		男 ・ 女
氏名		
生年月日	令和・平成 年 月 日	
	令和7年4月1日現在( 3・4・5 )歳	

※お子様のことについて、下のあてはまるところに✓(チェック)を入れ、必要事項をご記入ください。

出生時の状況	妊娠( )週で出産 出生時の体重( )g (分娩の経過) <input type="checkbox"/> 頭位 <input type="checkbox"/> 骨盤位 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他( )
発育の状況	・歩きはじめはいつですか? ( 歳 力月) ・ママ・ブーブなど意味のある言葉を話し始めたのはいつですか? ( 歳 力月) ・2語文(「〇〇ちょうだい。」など)を話し始めたのはいつですか? ( 歳 力月)
睡眠	・夜の睡眠は何時から何時ですか? 夜( 時 分)頃～朝( 時 分)頃まで ・現在お昼寝をしていますか? <input type="checkbox"/> はい( 時頃～ 時頃) <input type="checkbox"/> いいえ ・寝るときのくせはありますか? <input type="checkbox"/> はい( ) <input type="checkbox"/> いいえ
食事の状況	・食事を自分で食べることができますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・食べるときに何を使っていますか? <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> 何でも食べる <input type="checkbox"/> 好んで食べる物がある( ) <input type="checkbox"/> 苦手な食べ物がある( )
排泄	<input type="checkbox"/> 小便は一人でできる <input type="checkbox"/> 大便も一人でできる <input type="checkbox"/> パンツで過ごしている <input type="checkbox"/> おむつをしている
コミュニケーション	・してほしいことを言葉で言えますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・話をしているとき目を合わせて聞くことができますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・名前を呼ばれると返事をしますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
安全	・「危ないよ。」(警告)や「いけません。」(禁止)がわかりますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・出かけるとき、おうちのひと手をつないで歩けますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
健康状態	・身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳のいずれかをもっていますか? <input type="checkbox"/> はい( ) <input type="checkbox"/> いいえ ・ひきつけを起こしたことがありますか? <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない いままで起きた回数 ( 回) 直近で起きた時期 ( 歳 力月頃) ・今までに大きな病気や大きなケガをしたことはありますか? <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 病名やケガの内容 ( ) 現在の状況 ( ) ・持病や体質で気になることがありますか?例:小児喘息・アトピー・花粉症・関節がはずれやすい など <input type="checkbox"/> ある( ) <input type="checkbox"/> ない ・発達で気になることがありますか? <input type="checkbox"/> ある( ) <input type="checkbox"/> ない ・直近で受けた健康診査をお書きください ( )歳( )力月健診 ( 年 月) ・健診での指導・相談 <input type="checkbox"/> ある( ) <input type="checkbox"/> ない ・食べ物のアレルギーはありますか? <input type="checkbox"/> ある (ある場合下にご記入ください。) <input type="checkbox"/> ない 品目 ( ) 症状 ( ) 医師からの指導内容 例:加熱すれば可。完全除去が必要。投薬が必要。など ( )
その他、気になることがありましたらお書きください。	