

休日保育利用児童質問票

※あてはまる回答に○印をし、該当する場合は()に漏れがないように記入してください。

記入日： 年 月 日

児童名	男・女	年	月	日生	現在	歳	ヶ月
質問事項					回答		
出生状況	出生までの異常				ある・ない		
	出産の状況				正常・その他	帝王切開・吸引・仮死	
	出生時の体重				()g 早産などの場合()週で出産		
発達状況	首のすわり(ヶ月) ひとり歩き(ヶ月)		はいはい(ヶ月) 片言を言う(ヶ月)		人見知り(ヶ月) 指さし(ヶ月)		
	簡単な指示・禁止がわかりますか。				はい・いいえ		
	自分の名前と年齢が言えますか。				はい・いいえ		
	簡単な会話ができますか。				はい・いいえ		
	食事は自分で食べますか。				はい・いいえ	はし フォーク	スプーン 手づかみ
	衣服の着脱は自分でできますか。				はい・いいえ		
	トイレで排泄できますか。				はい・いいえ	パンツ・オムツ	
	今までに定期健診は、受けていますか。				4ヶ月・1才半・3才半・受けたことがない		
	上記の健診で、心身の発達や言葉に遅れがあるとされたことがありますか。 ※「はい」と答えた方は該当する□にも☑してください。				はい・いいえ	<input type="checkbox"/> 医療機関に通院している 医療機関名() 病名() <input type="checkbox"/> 保健センターで経過観察をしている <input type="checkbox"/> その他()	
	養育する上で心配なことや困っていることはありますか。 ※「ある」と答えた方は該当する□にも☑してください。				ある・ない	<input type="checkbox"/> 目が合わない <input type="checkbox"/> かんしゃくをおこす <input type="checkbox"/> 言葉が遅い <input type="checkbox"/> その他()	
これまで身体の様子	心臓が悪いと言われたことがありますか。				はい・いいえ	病名()	
	視力・聴力に異常があるとされたことがありますか。				はい・いいえ	病名()	
	「ひきつけ」や「けいれん」をおこしたことがありますか。				はい・いいえ	_____歳_____ヶ月頃_____℃で_____回位	
	「ぜんそく」と言われたことがありますか。				はい・いいえ	いつ頃()	
	アレルギーはありますか。 ※「はい」と答えた方は状況をご記入ください。				はい・いいえ	検査 (済 ・ 未) 原因物質() 除去食の必要[無 有 (内容)] アナフィラキシーショック (無 ・ 有)	
	アトピーはありますか。				はい・いいえ	原因物質() 状態()	
	食べ物によって下痢・湿疹・嘔吐などの症状がでますか。				はい・いいえ	食べ物名()	
	持病がありますか				はい・いいえ	病名()	
	その他、大きな病気にかかったことがありますか。				はい・いいえ	病名()	
	身体障がい者手帳や療育手帳をお持ちですか。				はい・いいえ	・身体障がい者手帳()級 ・療育手帳()判定	

※裏面もあります。

※お子さんの発達について、以下の施設の利用有無について○印を付けてください。有の場合、利用期間と内容を記入してください。
 なお、下記の関係機関に問い合わせることがありますので、ご了承ください。

利用の有無	機関名	利用期間	内容
有・無	八尾市保健センター (びよんびよん教室、発達相談等)	年 月 ~ 年 月	
有・無	八尾市保健所	年 月 ~ 年 月	
有・無	東大阪子ども家庭センター	年 月 ~ 年 月	
有・無	八尾市立福祉型児童発達支援センター (八尾しょうとく園)	年 月 ~ 年 月	
有・無	八尾市立医療型児童発達支援センター (いちよう)	年 月 ~ 年 月	
有・無	子育て総合支援ネットワークセンターみらい (親子教室・家庭児童相談室等)	年 月 ~ 年 月	
有・無	大阪府立母子保健総合医療センター	年 月 ~ 年 月	
有・無	大阪市立総合医療センター	年 月 ~ 年 月	
有・無	その他の施設・機関等 []	年 月 ~ 年 月	

※児童の発達(身体面・知的面・言語面など)について気になることや、心配なこと、園で保育を利用するにあたり注意してもらいたいことなどがあれば、ご記入ください。