

## こどもの記録

R8

③

「こどもの記録」は、保育施設に入所を希望されるお子様の育ちや生活の状況を知ることにより、お子様に適した保育をしていくための参考として、ご提出いただくものです。内容に虚偽や隠ぺいがあった場合には、入所決定が取り消される場合がありますので、ご注意ください。

記入日 年 月 日

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                       |                                                                                                                                |                                                                               |                                                                              |     |       |    |      |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|----|------|
| フリガナ                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女                              | 生年月日                                                                                                                           | 平成・令和 年 月 日                                                                   |                                                                              |     |       |    |      |
| 児童氏名                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                       |                                                                                                                                |                                                                               |                                                                              |     |       |    |      |
| 分娩                           | <input type="checkbox"/> 普通分娩 <input type="checkbox"/> 早産 ( 月 ) <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 骨盤位 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                       |                                                                                                                                |                                                                               |                                                                              |     |       |    |      |
| 出生時の状態                       | <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 衰弱 <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 血種 <input type="checkbox"/> その他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 保育器の使用                                                                                |                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                       |                                                                              |     |       |    |      |
| 体重                           | 出生時 g                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 妊娠週数 週                                                                                |                                                                                                                                | 現在の体重 kg                                                                      |                                                                              | 平熱  | 度 分   |    |      |
| 既往歴                          | <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> ヘルニア <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                       |                                                                                                                                |                                                                               |                                                                              |     |       |    |      |
| 感染症罹患歴                       | <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 麻疹(はしか) <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふく風邪) <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 風しん<br><input type="checkbox"/> 髄膜炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 肝炎 ( 型 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                       |                                                                                                                                |                                                                               |                                                                              |     |       |    |      |
| 体質                           | <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> ひきつけをおこしやすい <input type="checkbox"/> 扁桃腺がはれやすい <input type="checkbox"/> ぜんそくをおこしやすい<br><input type="checkbox"/> はきやすい <input type="checkbox"/> 便秘がち <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 鼻血がでやすい<br><input type="checkbox"/> 湿疹がでやすい <input type="checkbox"/> 化膿しやすい <input type="checkbox"/> 薬品にかぶれる <input type="checkbox"/> 脱臼しやすい<br><input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                       |                                                                                                                                |                                                                               |                                                                              |     |       |    |      |
| アレルギー                        | 食物アレルギー                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                       | <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他 ( )        |                                                                               |                                                                              |     |       |    |      |
|                              | その他アレルギー                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                       | <input type="checkbox"/> ダニ <input type="checkbox"/> ハウスダスト <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> その他 ( )       |                                                                               |                                                                              |     |       |    |      |
|                              | ⇒有の場合、右欄を記入                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 主な症状                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                       |                                                                                                                                |                                                                               | 家での除去方法等                                                                     |     |       |    |      |
|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | アレルギー専門医を受診したか                                                                        |                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 受診したことがある <input type="checkbox"/> 受診したことがない         |                                                                              |     |       |    |      |
| てんかん                         | てんかんの症状がある ( <input type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> 疑いあり )<br>⇒ あるの場合 ( 種類: 頻度 対応 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                       |                                                                                                                                |                                                                               |                                                                              |     |       |    |      |
| 医療的ケア                        | 医療的ケア                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                       | 内容 ( )                                                                                                                         |                                                                               |                                                                              |     |       |    |      |
|                              | ⇒有の場合                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 日中の医療的ケアの有無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                       | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有                                                                        |                                                                               | ⇒「有」の場合は保育課へ直接ご相談ください。                                                       |     |       |    |      |
| 疾患・通院等の状況                    | ①先天的な疾患や大きな病気・けががある又はあったか ( <input type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> 疑いあり )<br>⇒ ある又は疑いありの場合、病名等を記入 病名: ( )<br>期間: ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) 現在の状況: ( <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 治療の予定あり <input type="checkbox"/> 疑いあり <input type="checkbox"/> 完治 )<br>※病気・けがの状況により、医師の診断書や意見書の提出を求めること、再度の面接を行うことがあります。                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                       |                                                                                                                                |                                                                               |                                                                              |     |       |    |      |
|                              | ②定期通院                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                       | 病院名: 頻度: 年 ・ 月 ・ 週 回                                                                                                           |                                                                               |                                                                              |     |       |    |      |
|                              | ③治療                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                       | <input type="checkbox"/> 飲み薬 ・ <input type="checkbox"/> 塗り薬 ・ <input type="checkbox"/> 食事制限 ・ <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                                                               |                                                                              |     |       |    |      |
|                              | ④服薬                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                       | (1日: 回) <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 就寝前          |                                                                               |                                                                              |     |       |    |      |
|                              | ⑤手術歴(又は予定)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                       | 手術内容: 時期:                                                                                                                      |                                                                               |                                                                              |     |       |    |      |
|                              | ⑥リハビリ歴(又は予定)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                       | リハビリ内容: 時期:                                                                                                                    |                                                                               |                                                                              |     |       |    |      |
|                              | ⑦補装具の使用                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                       | 内容: ( )                                                                                                                        |                                                                               |                                                                              |     |       |    |      |
|                              | 視力                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 視力について医療機関や健診で指摘を受けたことがある                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                       | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有                                                                        |                                                                               | ⇒有の場合眼鏡を使用しているか ( <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用 ) |     |       |    |      |
| 聴力                           | 聴力について医療機関や健診で指摘を受けたことがある                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有                               |                                                                                                                                | ⇒有の場合補聴器を使用しているか ( <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用 ) |                                                                              |     |       |    |      |
| 発達                           | 言葉や発達のことで相談等を受けたことがある                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有                               |                                                                                                                                | ⇒有の場合、理由 ( )                                                                  |                                                                              |     |       |    |      |
|                              | ⇒有の場合相談機関                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> こども保健センター <input type="checkbox"/> こども発達センター <input type="checkbox"/> こども家庭保健課 <input type="checkbox"/> 上尾市教育センター<br><input type="checkbox"/> 児童発達支援センターつくし学園 <input type="checkbox"/> 中央児童相談所 <input type="checkbox"/> 医療機関 ( )<br><input type="checkbox"/> 児童発達支援事業所 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                                                                       |                                                                                                                                |                                                                               |                                                                              |     |       |    |      |
|                              | ⇒有の場合、医師の診断を受けたか                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 診断済 <input type="checkbox"/> 未診断 <input type="checkbox"/> 受診予定 診断名: ( )<br>→診断済の場合、医師の診断書を合わせてご提出ください。また、医師の意見書を求めること、再度の面接を行うことがあります。                                                                                                                                                                      |                                                                                       |                                                                                                                                |                                                                               |                                                                              |     |       |    |      |
| 手帳等                          | 障害者手帳の有無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 取得予定 <input type="checkbox"/> 無し |                                                                                                                                | ⇒有り又は取得予定の場合、手帳の種類 ( ) 手帳 等級 ( )                                              |                                                                              |     |       |    |      |
| 予防接種                         | ワクチンの種類                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ロタ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 小児用肺炎球菌                                                                               | インフルエンザ菌b型(ヒブ)※                                                                                                                | B型肝炎                                                                          | 4種混合※                                                                        | BCG | 麻疹風しん | 水痘 | 日本脳炎 |
|                              | 接種回数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | /3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | /4                                                                                    | /4                                                                                                                             | /3                                                                            | /4                                                                           | /1  | /2    | /2 | /3   |
| ※5種混合を接種した場合は両方に数字を記入してください。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                       |                                                                                                                                |                                                                               |                                                                              |     |       |    |      |
| 定期健康診査の受診状況                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                       | 受診時の指導事項                                                                                                                       |                                                                               |                                                                              |     | 医療機関  |    |      |
| 1か月児健康診査を受診                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                       | <input type="checkbox"/> した ・ <input type="checkbox"/> しない                                                                     |                                                                               |                                                                              |     |       |    |      |
| 4か月児健康診査を受診                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                       | <input type="checkbox"/> した ・ <input type="checkbox"/> しない                                                                     |                                                                               |                                                                              |     |       |    |      |
| 10か月児健康相談を受診                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                       | <input type="checkbox"/> した ・ <input type="checkbox"/> しない                                                                     |                                                                               |                                                                              |     |       |    |      |
| 1歳6か月児健康診査を受診                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                       | <input type="checkbox"/> した ・ <input type="checkbox"/> しない                                                                     |                                                                               |                                                                              |     |       |    |      |
| 3歳児健康診査を受診                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                       | <input type="checkbox"/> した ・ <input type="checkbox"/> しない                                                                     |                                                                               |                                                                              |     |       |    |      |

## こどもの記録

児童氏名：（ ） 記入日：（ 年 月 日） 記入日時点の年齢・月齢（ 歳 か月）

|                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                              |                                                         |                                                                                                                                                                                                         |  |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------|
| 現在までの発達状況                                                                                                                                                                                           | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | お乳をよく飲む、飲んだ                  |                                                         | <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                              |  |         |
|                                                                                                                                                                                                     | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 首がすわった                       |                                                         | <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                              |  | ( か月頃 ) |
|                                                                                                                                                                                                     | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | あやされるとよく笑い声を出した              |                                                         | <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                              |  | ( か月頃 ) |
|                                                                                                                                                                                                     | 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 声や音のする方に顔を向けた                |                                                         | <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                              |  |         |
|                                                                                                                                                                                                     | 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 寝返りをする                       |                                                         | <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                              |  | ( か月頃 ) |
|                                                                                                                                                                                                     | 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 座ることができる                     |                                                         | <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                              |  | ( か月頃 ) |
|                                                                                                                                                                                                     | 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 喃語(「アーウー」「ダダダ」「パーパー」)がでていた   |                                                         | <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                              |  |         |
|                                                                                                                                                                                                     | 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ハイハイをする                      |                                                         | <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                              |  | ( か月頃 ) |
|                                                                                                                                                                                                     | 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | つかまり立ちをする                    |                                                         | <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                              |  | ( か月頃 ) |
|                                                                                                                                                                                                     | 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | つたい歩きをする                     |                                                         | <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                              |  | ( か月頃 ) |
|                                                                                                                                                                                                     | 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 「人見知り」をする                    |                                                         | <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                              |  | ( か月頃 ) |
|                                                                                                                                                                                                     | 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 名前を呼ぶと振り向く                   |                                                         | <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                              |  |         |
|                                                                                                                                                                                                     | 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 大人の言う簡単な言葉(「おいで」「ちょうだい」)がわかる |                                                         | <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                              |  |         |
|                                                                                                                                                                                                     | 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 禁止の言葉「いけません」「だめよ」等がわかる       |                                                         | <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                              |  |         |
|                                                                                                                                                                                                     | 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 「パパ」「ママ」「マンマ」「プープー」などの言葉を使う  |                                                         | <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                              |  |         |
|                                                                                                                                                                                                     | 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 一人で歩く                        |                                                         | <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                              |  | ( か月頃 ) |
|                                                                                                                                                                                                     | 17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 絵本を見て動物や物の名前を聞くと指さす          |                                                         | <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                              |  |         |
|                                                                                                                                                                                                     | 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 簡単な指示がわかる(「新聞を持ってきて」等)       |                                                         | <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                              |  |         |
|                                                                                                                                                                                                     | 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 二語文「ワンワンキタ」「マンマチョウダイ」等を使う    |                                                         | <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                              |  |         |
| 食事                                                                                                                                                                                                  | ・1歳になるまでの授乳方法は                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                              |                                                         | <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 混合                                                                                                                    |  |         |
|                                                                                                                                                                                                     | ・(0歳児のみ回答)哺乳瓶からミルクを飲むか                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                              |                                                         | <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                              |  |         |
|                                                                                                                                                                                                     | ・現在の離乳食の実施状況に✓<br>(離乳食が終了していれば、普通食を選択)                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                              |                                                         | <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 初期(1回食)<br><input type="checkbox"/> 中期(2回食) <input type="checkbox"/> 後期(3回食)<br><input type="checkbox"/> 完了期(3回食+補食) <input type="checkbox"/> 普通食 |  |         |
|                                                                                                                                                                                                     | ・食べ方(該当するものに✓)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                              |                                                         | <input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 手でつかんで食べる<br><input type="checkbox"/> スプーンで食べる <input type="checkbox"/> はしで食べる                                                               |  |         |
|                                                                                                                                                                                                     | ・苦手な食べ物があるか                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                              |                                                         | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有   有の場合 ( )                                                                                                                                      |  |         |
| 排泄                                                                                                                                                                                                  | ・おむつをしている                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                              |                                                         | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 夜間のみ                                                                                                                  |  |         |
|                                                                                                                                                                                                     | ・排尿について                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                              |                                                         | <input type="checkbox"/> ひとりできる <input type="checkbox"/> 手伝えばできる <input type="checkbox"/> できない                                                                                                          |  |         |
|                                                                                                                                                                                                     | ・排尿を伝えることについて                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                              |                                                         | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない                                                                                                                                              |  |         |
|                                                                                                                                                                                                     | ・排便について                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                              |                                                         | <input type="checkbox"/> ひとりできる <input type="checkbox"/> 手伝えばできる <input type="checkbox"/> できない                                                                                                          |  |         |
|                                                                                                                                                                                                     | ・排便を伝えることについて                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                              |                                                         | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない                                                                                                                                              |  |         |
| その他生活について                                                                                                                                                                                           | ・簡単な衣服の着脱                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                              |                                                         | <input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 少し手伝う <input type="checkbox"/> できない                                                                                                            |  |         |
|                                                                                                                                                                                                     | ・好きな遊び ( ) ・誰と遊ぶ <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> きょうだい <input type="checkbox"/> お友達 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                                                              |                              |                                                         |                                                                                                                                                                                                         |  |         |
|                                                                                                                                                                                                     | ・集団生活の経験                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                              | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 | 施設名 ( )                                                                                                                                                                                                 |  |         |
|                                                                                                                                                                                                     | ・自分の意思をどのような手段で伝えるか <input type="checkbox"/> 話し言葉で伝える <input type="checkbox"/> 身振り指差しで伝える <input type="checkbox"/> 表情で伝える<br><input type="checkbox"/> 泣いて伝える <input type="checkbox"/> まだ意思表示できない <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                |                              |                                                         |                                                                                                                                                                                                         |  |         |
|                                                                                                                                                                                                     | ・大人の指示に対しての受け止め方 <input type="checkbox"/> 言葉でわかる <input type="checkbox"/> 具体的な場面であれば少しの言葉でわかる<br><input type="checkbox"/> 指差しでわかる <input type="checkbox"/> まだ理解できない <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                             |                              |                                                         |                                                                                                                                                                                                         |  |         |
|                                                                                                                                                                                                     | ・話しかけると目が合うか                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                                                         | <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                              |  |         |
|                                                                                                                                                                                                     | ・以下のような行動をとることがあるか<br>・じっとしていることが難しい <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ひんぱんに ・急に泣いたりはしゃいだりする <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ひんぱんに<br>・理由なく大きな声を上げる <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ひんぱんに |                              |                                                         |                                                                                                                                                                                                         |  |         |
|                                                                                                                                                                                                     | その他、集団生活において気になること、心配なことがありましたらご記入ください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                              |                                                         |                                                                                                                                                                                                         |  |         |
| ★乳幼児健診等の情報提供に当たっての同意欄 (☑をお願いします。)                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                              |                                                         |                                                                                                                                                                                                         |  |         |
| <input type="checkbox"/> 保育施設での、こどもの安心・安全な保育のため、乳幼児健診の結果やその後の状況、発育・発達に係る相談記録、障害福祉やこどもの疾病等に係る情報、その他こどもの保育に必要な情報について、こども家庭保健課・こども発達センター・障害福祉課・児童発達支援事業所・病院・保育施設等に確認と共有をさせていただくことに、申請保護者及び同居親族等は同意します。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                              |                                                         |                                                                                                                                                                                                         |  |         |