



保育園の見学等	入所希望の保育園へ 【見学に行った・園庭開放や支援センターを利用したことがある・今後行く予定】
---------	--

児童の様子についてご記入ください

発達や生活の状況	R5.4.1時点での児童の年齢 【 】歳【 】ヶ月	
	出生時の体重【 g】	出生時の身長【 cm】
	<発達> 首のすわり( ヶ月)      寝返り( ヶ月)      はいはい( ヶ月) お座り( ヶ月)      つかまり立ち( ヶ月)      つたい歩き( ヶ月) 歩行開始( ヶ月)	
	<生活> 起きる時間 【 時頃】      寝る時間 【 時頃】      お昼寝【 時間】	
	集団生活の経験 【 ある・なし】      名前や歳を言える【 言える・言えない】	
	発達で気になることがあれば記入してください	
食事の状況	<input type="checkbox"/> 授乳中である【 母乳・ミルク・混合】 <input type="checkbox"/> 離乳食の状況【 初期・中期・後期・完了】 <input type="checkbox"/> 食事の状況【 手づかみ・スプーン、フォーク・はし】 <input type="checkbox"/> 飲み物の状況【 哺乳瓶・ストロー・コップを持てる】	
排泄の状況	<input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 自分ではできないが知らせる <input type="checkbox"/> すべて自分でできる	
健診の内容	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> チューリップの会に通っている <input type="checkbox"/> ことばの心配 <input type="checkbox"/> 運動面の心配 <input type="checkbox"/> 視線が合いにくい <input type="checkbox"/> 手先が不器用 詳しい内容【 】	
アレルギーの有無	無・有	医師の診断を受けていますか 有【病院名: 】・無
		原因【 】
		症状【 】
		医師から生活上制限されていることがあれば内容を記入してください
持病・障がいの有無	無・有	病名【 】
		かかりつけ医院【 】
		治療の状況 通院【 回/月】 投薬【 回/日】 経過観察
		医師から生活上制限されていることがあれば内容を記入してください
		身体障害者手帳【 】級・療育手帳【 A・B】
		特別児童扶養手当受給中【 1級・2級】

記入内容について、電話等で確認させていただく場合がありますのでご承知おきください。