

※このアンケートは、入所決定した保育施設へ渡す資料です。事実を具体的にご記入ください。  
なお、待機児童となった場合、または集団保育が困難と判断した場合は入所できないことがあります。

|                            |           |              |     |
|----------------------------|-----------|--------------|-----|
| 記入日 令和 年 月 日               |           |              |     |
| ふりがな<br>児童名                |           | 性 別<br>男 ・ 女 | 記入者 |
| 生年月日                       | 令和 年 月 日生 |              |     |
| 現在、保育施設に通っている兄姉児 有 ・ 無 氏名: |           | 保育施設:        |     |

入所希望のお子様についてお尋ねします

| 質問事項 |                                            | 回 答                   | 市確認欄                     |
|------|--------------------------------------------|-----------------------|--------------------------|
| 1    | 出生歴                                        | 第 子 出生児体重 g           | <input type="checkbox"/> |
|      | 分娩状況                                       | 正常 ・ 異常 ( ) ・ 早産 ( )  | <input type="checkbox"/> |
| 2    | 平熱は何度ぐらいですか                                | 度                     | <input type="checkbox"/> |
| 3    | 首がすわったのはいつごろですか                            | ヶ月頃                   | <input type="checkbox"/> |
| 4    | つかまり立ちはいつごろですか                             | ヶ月頃                   | <input type="checkbox"/> |
| 5    | ひとり歩きはいつごろからですか                            | ヶ月頃                   | <input type="checkbox"/> |
| 6    | 起床・就寝時間は何時ですか                              | 起床 時 分ごろ 就寝 時 分ごろ     | <input type="checkbox"/> |
| 7    | 鉛筆等で丸(円)を描けますか                             | はい ( ) ・ いいえ          | <input type="checkbox"/> |
| 8    | 衣服の着脱を一人でしますか                              | はい ( ) ・ いいえ          | <input type="checkbox"/> |
| 9    | 自分の名前が言えますか                                | はい ・ いいえ ( )          | <input type="checkbox"/> |
| 10   | 一緒に遊ぶ友達がいますか                               | はい ・ いいえ              | <input type="checkbox"/> |
|      | 主に誰ですか                                     | ( )                   | <input type="checkbox"/> |
| 11   | 食事は自分でできますか                                | はい ・ いいえ              | <input type="checkbox"/> |
| 12   | よく噛んで食べていますか                               | はい ・ いいえ              | <input type="checkbox"/> |
| 13   | 食べ物に好き嫌いはありますか                             | はい ( ) ・ いいえ          | <input type="checkbox"/> |
| 14   | 歯磨きや手洗いをしていますか                             | はい ・ いいえ              | <input type="checkbox"/> |
| 15   | 排泄・後始末ができますか                               | はい ・ いいえ ( )          | <input type="checkbox"/> |
| 16   | 今までに大きな病気やけがをしましたか                         | 病気・けが ( ) ・ いいえ<br>状況 | <input type="checkbox"/> |
| 17   | 今は誰が保育をしていますか                              |                       | <input type="checkbox"/> |
| 18   | 気をつけてほしいことがありますか<br>(病気、熱性けいれん等、アレルギー、癖など) | はい ・ いいえ              | <input type="checkbox"/> |
|      |                                            |                       | <input type="checkbox"/> |
| 19   | 育児の上で心配なこと、困ったことがありますか                     |                       | <input type="checkbox"/> |
| 20   | 相談できる人が身近にいますか                             | はい ( ) ・ いいえ          | <input type="checkbox"/> |
| 21   | 障害はありますか                                   | はい ( ) ・ いいえ          | <input type="checkbox"/> |
|      | 身体障害者手帳、療育手帳をお持ちですか                        | はい ・ いいえ ・ 申請中 ・ 申請予定 | <input type="checkbox"/> |
|      | 特別児童扶養手当を受給されていますか                         | はい ・ いいえ ・ 申請中 ・ 申請予定 | <input type="checkbox"/> |
| 22   | 個別対応が必要なことがありますか                           |                       | <input type="checkbox"/> |
| 備考欄  |                                            |                       |                          |

※このアンケートは、入所決定した保育施設へ渡す資料です。事実を具体的にご記入ください。  
なお、待機児童となった場合、または集団保育が困難と判断した場合は入所できないことがあります。

記入例

|                                                 |                  |     |   |       |  |
|-------------------------------------------------|------------------|-----|---|-------|--|
| 記入日 令和 年 月 日                                    |                  | 性 別 |   | 記入者   |  |
| ふりがな                                            | やめ たろう           | 男   | 女 | 八女 梅子 |  |
| 児童名                                             | 八女 太郎            |     |   |       |  |
| 生年月日                                            | 令和 ×× 年 ○ 月 △ 日生 |     |   |       |  |
| 現在、保育施設に通っているきょうだい児 (有)・無 氏名: 八女 茶子 保育施設: 八女保育園 |                  |     |   |       |  |

入所希望のお子様についてお尋ねします

| 質問事項 |                                            | 回 答                                                            |  | 市確認欄                     |
|------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|--------------------------|
| 1    | 出生歴                                        | 第 2 子 出生児体重 2,800 g                                            |  | <input type="checkbox"/> |
|      | 分娩状況                                       | 正常 ・ 異常(帝王切開) ・ 早産( )                                          |  | <input type="checkbox"/> |
| 2    | 平熱は何度ぐらいですか                                | 36 ・ 5 度                                                       |  | <input type="checkbox"/> |
| 3    | 首がすわったのはいつごろですか                            | 3 ヶ月頃                                                          |  | <input type="checkbox"/> |
| 4    | つかまり立ちはいつごろですか                             | 8 ヶ月頃                                                          |  | <input type="checkbox"/> |
| 5    | ひとり歩きはいつごろからですか                            | 12 ヶ月頃                                                         |  | <input type="checkbox"/> |
| 6    | 起床・就寝時間は何時ですか                              | 起床 7 時 00 分ごろ 就寝 9 時 00 分ごろ                                    |  | <input type="checkbox"/> |
| 7    | 鉛筆等で丸(円)を描けますか                             | はい(例:一筆のきれいな○ではない) ・ いいえ                                       |  | <input type="checkbox"/> |
| 8    | 衣服の着脱を一人でしますか                              | はい(例:前後ろが苦手) ・ いいえ                                             |  | <input type="checkbox"/> |
| 9    | 自分の名前が言えますか                                | はい ・ いいえ(例:はっきり聞き取れない)                                         |  | <input type="checkbox"/> |
| 10   | 一緒に遊ぶ友達がいますか                               | はい ・ いいえ                                                       |  | <input type="checkbox"/> |
|      | 主に誰ですか                                     | (例:近所の○○ちゃん、姉の△△)                                              |  | <input type="checkbox"/> |
| 11   | 食事は自分でできますか                                | はい ・ いいえ                                                       |  | <input type="checkbox"/> |
| 12   | よく噛んで食べていますか                               | はい ・ いいえ                                                       |  | <input type="checkbox"/> |
| 13   | 食べ物に好き嫌いはありますか                             | はい(例:白ご飯、ピーマン) ・ いいえ                                           |  | <input type="checkbox"/> |
| 14   | 歯磨きや手洗いをしていますか                             | はい ・ いいえ                                                       |  | <input type="checkbox"/> |
| 15   | 排泄・後始末ができますか                               | はい ・ いいえ(例:大人が手伝っている)                                          |  | <input type="checkbox"/> |
| 16   | 今までに大きな病気やけがをしましたか                         | 病気・けが(例:おたふくかぜ、小児喘息) ・ いいえ<br>状況<br>例:おたふくかぜは兄弟から感染、小児喘息は入院歴あり |  | <input type="checkbox"/> |
| 17   | 今は誰が保育をしていますか                              | 例:母・祖母 現在○○保育所在園中                                              |  | <input type="checkbox"/> |
| 18   | 気をつけてほしいことがありますか<br>(病気、熱性けいれん等、アレルギー、癖など) | はい ・ いいえ                                                       |  | <input type="checkbox"/> |
|      |                                            | 例:熱性けいれん、食物アレルギー                                               |  | <input type="checkbox"/> |
| 19   | 育児の上で心配なこと、困ったことがありますか                     | 例:すぐに人をたたく                                                     |  | <input type="checkbox"/> |
| 20   | 相談できる人が身近にいますか                             | はい(例:祖母・叔母) ・ いいえ                                              |  | <input type="checkbox"/> |
| 21   | 障害はありますか                                   | はい(例:自閉症スペクトラム) ・ いいえ                                          |  | <input type="checkbox"/> |
|      | 身体障害者手帳、療育手帳をお持ちですか                        | はい ・ いいえ ・ 申請中 ・ 申請予定                                          |  | <input type="checkbox"/> |
|      | 特別児童扶養手当を受給されていますか                         | はい ・ いいえ ・ 申請中 ・ 申請予定                                          |  | <input type="checkbox"/> |
| 22   | 個別対応が必要なことがありますか                           | 例:言葉の受け答えが苦手                                                   |  | <input type="checkbox"/> |
| 備考欄  |                                            |                                                                |  |                          |