

保育施設入所児童アンケート

乳児 **1歳** 2歳 3歳 4歳 5歳

※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    | 歩き始めましたか                                   | はい ( 才 ヶ月ごろ ) ・ いいえ   | <input type="checkbox"/> |
| 7    | どんな言葉を話しますか？ (マンマ、ブーブーなど)                  |                       | <input type="checkbox"/> |
| 8    | 簡単な言葉が理解できますか                              | はい ( ) ・ いいえ          | <input type="checkbox"/> |
| 9    | 排泄を知らせるしぐさをしますか                            | はい ( ) ・ いいえ          | <input type="checkbox"/> |
| 10   | 自分でコップを持って飲めますか                            | はい ・ いいえ              | <input type="checkbox"/> |
| 11   | 食事のときスプーンを持てますか                            | はい ・ いいえ              | <input type="checkbox"/> |
| 12   | 寝つきは良い方ですか                                 | はい ・ いいえ ( )          | <input type="checkbox"/> |
| 13   | 名前を呼ぶと振り向きますか                              | はい ・ いいえ              | <input type="checkbox"/> |
| 14   | 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"/> |
| 15   | 今は誰が保育をしていますか                              |                       | <input type="checkbox"/> |
| 16   | 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"/> |
| 17   | 育児の上で心配なこと、困ったことがありますか                     |                       | <input type="checkbox"/> |
| 18   | 相談できる人が身近にいますか                             | はい ( ) ・ いいえ          | <input type="checkbox"/> |
| 19   | 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"/> |
| 20   | 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。記入例  
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              |                  | 性 別     |           | 記入者 |       |
| ふりがな                      | やめ じろう           | 性 別     |           | 記入者 | 八女 梅子 |
| 児童名                       | 八女 次郎            | (男) ・ 女 |           |     |       |
| 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: 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 1 子 出生児体重 2,000 g                                                                     | <input type="checkbox"/> |
|      | 分娩状況                                       | 正常 ・ (異常) (未熟児) ・ 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    | 歩き始めましたか                                   | (はい) (1才 2 ヶ月ごろ) ・ いいえ                                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 7    | どんな言葉を話しますか？(マンマ、ブーブーなど)                   | 例: マンマ, ブブー                                                                             | <input type="checkbox"/> |
| 8    | 簡単な言葉が理解できますか                              | (はい) (例: バイバイ, いただきます) ・ いいえ                                                            | <input type="checkbox"/> |
| 9    | 排泄を知らせるしぐさをしますか                            | (はい) (例: おむつを下ろしたがる) ・ いいえ                                                              | <input type="checkbox"/> |
| 10   | 自分でコップを持って飲めますか                            | (はい) ・ いいえ                                                                              | <input type="checkbox"/> |
| 11   | 食事のときスプーンを持てますか                            | (はい) ・ いいえ                                                                              | <input type="checkbox"/> |
| 12   | 寝つきは良い方ですか                                 | はい ・ (いいえ) (例: おんぶ, だっこ, 同じタオル必要)                                                       | <input type="checkbox"/> |
| 13   | 名前を呼ぶと振り向きますか                              | (はい) ・ いいえ                                                                              | <input type="checkbox"/> |
| 14   | 今までに大きな病気やけがをしましたか                         | (病気・けが) (例: 水ぼうそう, 脱臼, 骨折) ・ いいえ<br>状況 例: 水ぼうそうは兄弟より感染<br>脱臼は手を強く引っ張ったとき、骨折は高いところから落ちた時 | <input type="checkbox"/> |
| 15   | 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"/> |
| 16   | 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<br>例: 熱性けいれん、食物アレルギー、なんでも口に入れること                                             | <input type="checkbox"/> |
|      |                                            | 例: ミルクを飲みたがらない、寝つきが悪い、おむつかぶれになりやすい                                                      | <input type="checkbox"/> |
| 17   | 育児の上で心配なこと、困ったことがありますか                     | 例: ミルクを飲みたがらない、寝つきが悪い、おむつかぶれになりやすい                                                      | <input type="checkbox"/> |
| 18   | 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"/> |
| 19   | 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"/> |
| 20   | 個別対応が必要なことがありますか                           | 例: 落ち着きがない、除去食の依頼                                                                       | <input type="checkbox"/> |
| 備考欄  |                                            |                                                                                         |                          |