

入園希望月 月

記入年月日 年 月 日

保護者の方へ

①特別支援保育を希望される場合は、申込書類一式と併せて「特別支援保育 児童状況調査票」を提出してください。

②体験保育の実施設と内定先の施設が異なる場合には、児童状況調査票の内容と体験保育を実施した際の児童の様子などについて、内定先施設へ情報提供することに同意しますか。あてはまる項目の□にレ点を付けてください。

同意します 同意しません

＜あてはまる項目の□にレ点を付け、必要内容を記入してください＞

※年齢は令和8年4月1日現在の年齢を記入してください。

フリガナ			在籍施設名		
児童氏名			保護者名	父	
年齢	歳	令和 年 月 日生		母	
兄弟姉妹入所有無	<input type="checkbox"/> 有	児童名： (歳児)	住所		
		在籍園名：			
<input type="checkbox"/> 無	児童名： (歳児)				
	在籍園名：				
利用希望施設名	第1希望		電話番号	携帯①	(続柄：)
	第2希望			携帯②	(続柄：)
	第3希望		療育機関入所申込状況	施設名：	
	第4希望			あてはまる項目の□にレ点をつけてください	
	第5希望			優先希望先： <input type="checkbox"/> 保育施設 <input type="checkbox"/> 療育機関	

※利用希望施設が6か所以上ある場合には、右余白に記入してください。

出生時の状況	生まれた時の状況	<input type="checkbox"/> 普通分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 早産 <input type="checkbox"/> 仮死				
	出生時の異常	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
	先天性の病気や体質	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
受診状況等	先天性の病気や慢性疾患及び発育・発達の相談等で、病院や施設の通院状況					<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	病名・障害名等					
	病院名・施設名					
	リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	車いす・装具等の使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
	具体的な内容	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	保育施設で必要な対応					
	手帳取得の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
	<input type="checkbox"/> 療育手帳 (A・B・C) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (級)					
	<input type="checkbox"/> 精神障害者福祉手帳 (級) <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 (級)					
健康状況	けいれん等の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
	時期 (年 月頃)					
	状況 (発熱時： ℃ 回 その他：)					
	アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
アレルギーの種類	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー・アナフィラキシー <input type="checkbox"/> 気管支ぜん息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎					

健診履歴	指導の有無	1歳6か月児健診	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	()
		3歳児健診	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	()
相談履歴	専門機関への相談	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	時期	(年 月 頃)
	相談先	<input type="checkbox"/> 子育て支援センター <input type="checkbox"/> 子ども発達センター相談部 <input type="checkbox"/> 子ども保健課 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	内容				
通所履歴	健診事後教室	(年 月 ~ 年 月)	くすのき学園	(年 月 ~ 年 月)	
	つつじ教室	(年 月 ~ 年 月)	あゆみ学園	(年 月 ~ 年 月)	
	高山学園	(年 月 ~ 年 月)			
	いわさき・こどもの育ち支援センターLUCIA (ルチア)	(年 月 ~ 年 月)			
	その他	事業所名 () (年 月 ~ 年 月)			

<あてはまる項目の□にレ点を付けてください> 複数記入可

子どもの様子	食事	<input type="checkbox"/> 手づかみで食べる <input type="checkbox"/> スプーン、フォークを使う <input type="checkbox"/> はし(補助ばし)を使う <input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 座って食べる <input type="checkbox"/> 動き回りながら食べる <input type="checkbox"/> 食べる量にムラがある <input type="checkbox"/> 偏食がある
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立している <input type="checkbox"/> ほぼ自立している <input type="checkbox"/> 自立していない(介助が必要) <input type="checkbox"/> 紙パンツを使用している
	着脱	<input type="checkbox"/> 自立している <input type="checkbox"/> ほぼ自立している <input type="checkbox"/> 自立していない(介助が必要)
	コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 意味のある言葉(ブーブー、ワンワン等)を話す(初めて話した時期 歳 か月) <input type="checkbox"/> 二語文(ワンワンきた等)を話す <input type="checkbox"/> 三語文(パパ会社行った等)を話す <input type="checkbox"/> あいさつ・返事など生活や遊びに必要な言葉を話す <input type="checkbox"/> 簡単な指示を理解できる <input type="checkbox"/> 名前を呼ばれたら返事をする <input type="checkbox"/> 「○○はどれ?」と聞くと指差しをする <input type="checkbox"/> 指示や禁止を理解し、従うことができる <input type="checkbox"/> 順番を待つことができる <input type="checkbox"/> 他の子どもや周囲に関心を示す <input type="checkbox"/> 理由なく突然たたいたり、噛みついたり奇声を上げる <input type="checkbox"/> 動き回ったり、外に勝手に出て行ってしまうことがある <input type="checkbox"/> 特定のことにこだわり、生活に支障がある(数字・図形・水遊び・食べ物・回る物等) <input type="checkbox"/> 環境の変化や大きな音などを極端に嫌がることある

※お子さんの行動やくせ、こだわり等で気になることや困っていることがあればご記入ください。