

保育施設入所児童アンケート

保護者記入日：令和 年 月 日

※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ので、事実を具体的にご記入ください。
なお、集団保育が不可能と判断した場合、入所をお断りする場合があります。

ふりがな		性 別	住 所	筑後市大字
児 童 名		男・女		
生年月日	R 年 月 日			
ふりがな		続柄：		続柄：
保護者名		携帯電話番号： — —	携帯電話番号： — —	
現在、保育施設に通っているきょうだい児 無 ・ 有 氏名：			保育施設名：	

1. 予防接種の接種状況についてお聞かせください。※接種したものに○をつけてください。
・BCG ・MR(麻疹 風疹) ・水痘 ・B型肝炎 ・おたふくかぜ ・接種していない
2. 健康診査の受診状況についてお聞かせください。※該当するところに○をつけてください。

1か月児	異常なし ・ あり	経過観察中()
3・4か月児	異常なし ・ あり	経過観察中()
9・10か月児	異常なし ・ あり	経過観察中()
1歳6か月児	異常なし ・ あり	経過観察中()
3歳児	異常なし ・ あり	経過観察中()

3. 発達の経過についてお聞かせください。※該当するところに○をつけてください。

集団保育の経験はありますか	はい	(施設名：	いいえ
首はすわっていますか	はい	(か月頃)	いいえ
寝返りはできますか	はい	(か月頃)	いいえ
ハイハイはできますか	はい	(か月頃)	いいえ
歩行はできますか	はい	(年 か月頃)	いいえ
アレルギーはありますか	はい		いいえ
→病院の診断は受けましたか	はい	(病院名：) (原 因：) (除去食等：)	いいえ
→どのような対応が必要ですか		()	
今までに大きな病気やケガはありましたか	はい	(病 名：)	いいえ
→現在も症状はありますか	はい	(病 状：)	いいえ
→定期的に通院されていますか	はい	(病院名：)	いいえ
けいれんを起こしたことはありますか	はい	(年 齢： 才 か月頃) (回 数： 回くらい) (その時の体温： 度) (年 月 日頃)	いいえ
→最後に起こしたのはいつですか			
発育で気になることはありますか	はい		いいえ
→気になる部分はどこですか		ことば ・ 手足 ・ 視覚 ・ 聴覚 その他()	
→病院等に相談されたことはありますか	はい	(病院・施設名：)	いいえ
障がいがありますか	はい	(障害名：) (病院・施設名：)	いいえ
→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		
→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		
集団保育を行う上で、個別対応が必要なことはありますか？			