

こどもの記録

R7

③

「こどもの記録」は、保育施設に入所を希望されるお子様の育ちや生活の状況を知ることにより、お子様に適した保育をしていくための参考として、ご提出いただくものです。内容に虚偽や隠ぺいがあった場合には、入所決定が取り消される場合がありますので、ご注意ください。

記入日 年 月 日

フリガナ			<input type="checkbox"/> 男	生年	平成・令和	年	月	日			
児童氏名			<input type="checkbox"/> 女	年月日							
住所	〒	保護者氏名	父		連絡先						
			母		連絡先						
分娩	<input type="checkbox"/> 普通分娩 <input type="checkbox"/> 早産 (月) <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 骨盤位 <input type="checkbox"/> その他 ()										
出生時の状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 衰弱 <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 血種 <input type="checkbox"/> その他		保育器の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							
体重	出生時	g	妊娠週数	週	現在の体重	kg	平熱	度 分			
既往歴	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> ヘルニア <input type="checkbox"/> その他 ()										
感染症罹患歴	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 麻疹(はしか) <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふく風邪) <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 風しん										
	<input type="checkbox"/> 髄膜炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 肝炎 (型) <input type="checkbox"/> その他 ()										
体質	<input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> ひきつけをおこしやすい <input type="checkbox"/> 扁桃腺がはれやすい <input type="checkbox"/> ぜんそくをおこしやすい										
	<input type="checkbox"/> はきやすい <input type="checkbox"/> 便秘がち <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 鼻血がでやすい										
	<input type="checkbox"/> 湿疹がでやすい <input type="checkbox"/> 化膿しやすい <input type="checkbox"/> 薬品にかぶれる <input type="checkbox"/> 脱臼しやすい										
	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> その他 ()										
アレルギー	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他 ()							
	その他アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> ダニ <input type="checkbox"/> ハウスダスト <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> その他 ()							
	⇒有の場合、右欄を記入	主な症状			家での除去方法等						
			アレルギー専門医を受診したか			<input type="checkbox"/> 受診したことがある <input type="checkbox"/> 受診したことがない					
てんかん	てんかんの症状がある (<input type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> 疑いあり) ⇒ 有の場合 (種類: 頻度 対応)										
疾患・通院等の状況	①先天的な疾患や大きな病気・けががある又はあったか (<input type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> 疑いあり) ⇒ ある又は疑いありの場合、病名等を記入 病名: () 期間: (年 月 日 ~ 年 月 日) 現在の状況: (<input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 治療の予定あり <input type="checkbox"/> 疑いあり <input type="checkbox"/> 完治) ※病気・けがの状況により、医師の診断書や意見書の提出を求めること、再度の面接を行うことがあります。										
	②定期通院	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有		病院名: 頻度: <input type="checkbox"/> 年 ・ <input type="checkbox"/> 月 ・ <input type="checkbox"/> 週 回							
	③治療	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 飲み薬 ・ <input type="checkbox"/> 塗り薬 ・ <input type="checkbox"/> 食事制限 ・ <input type="checkbox"/> その他 ()							
	④服薬	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有		(1日: 回) <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 就寝前							
	⑤手術歴(又は予定)	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有		手術内容: 時期:							
	⑥リハビリ歴(又は予定)	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有		リハビリ内容: 時期:							
	⑦補装具の使用	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有		内容: ()							
	視力	視力について医療機関や健診で指摘を受けたことがある		<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有		⇒有の場合眼鏡を使用しているか (<input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用)					
聴力	聴力について医療機関や健診で指摘を受けたことがある		<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有		⇒有の場合補聴器を使用しているか (<input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用)						
発達	言葉や発達のことで相談等を受けたことがある		<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有		⇒有の場合、理由 ()						
	⇒有の場合相談機関	<input type="checkbox"/> 子ども保健センター <input type="checkbox"/> 子ども発達センター <input type="checkbox"/> 子ども家庭保健課 <input type="checkbox"/> 上尾市教育センター <input type="checkbox"/> 児童発達支援センターつくし学園 <input type="checkbox"/> 中央児童相談所 <input type="checkbox"/> 医療機関 () <input type="checkbox"/> 児童発達支援事業所 () <input type="checkbox"/> その他 ()									
	⇒有の場合、医師の診断を受けたか	<input type="checkbox"/> 診断済 <input type="checkbox"/> 未診断 <input type="checkbox"/> 受診予定 診断名: () →診断済の場合、医師の診断書を合わせてご提出ください。また、医師の意見書を求めること、再度の面接を行うことがあります。									
手帳等	障害者手帳の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 取得予定 <input type="checkbox"/> 無し		⇒有り又は取得予定の場合、手帳の種類 () 手帳 等級 ()							
予防接種	ワクチンの種類	ロタ	小児用肺炎球菌	インフルエンザ菌b型(ヒブ)	B型肝炎	4種混合	BCG	麻疹風しん	水痘	日本脳炎	
	接種回数	/3	/4	/4	/3	/4	/1	/2	/2	/3	
定期健康診査の受診状況				受診時の指導事項				医療機関			
1か月児健康診査を受診		<input type="checkbox"/> した ・ <input type="checkbox"/> しない									
4か月児健康診査を受診		<input type="checkbox"/> した ・ <input type="checkbox"/> しない									
10か月児健康相談を受診		<input type="checkbox"/> した ・ <input type="checkbox"/> しない									
1歳6か月児健康診査を受診		<input type="checkbox"/> した ・ <input type="checkbox"/> しない									
3歳児健康診査を受診		<input type="checkbox"/> した ・ <input type="checkbox"/> しない									

こどもの記録

児童氏名： () 記入日： (年 月 日) 記入日時点の年齢・月齢 (歳 か月)

現在までの発達状況	1	お乳をよく飲む、飲んだ	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ	
	2	首がすわった	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ	(月頃)
	3	あやされるとよく笑い声を出した	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ	(月頃)
	4	声や音のする方に顔を向けた	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ	
	5	寝返りをする	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ	(月頃)
	6	座ることができる	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ	(月頃)
	7	喃語(「アーウー」「ダダダ」「パーパー)」がでていた	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ	
	8	ハイハイをする	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ	(月頃)
	9	つかまり立ちをする	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ	(月頃)
	10	つたい歩きをする	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ	(月頃)
	11	「人見知り」をする	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ	(月頃)
	12	名前を呼ぶと振り向く	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ	
	13	大人の言う簡単な言葉(「おいで」「ちょうだい)」がわかる	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ	
	14	禁止の言葉「いけません」「だめよ」等がわかる	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ	
	15	「パパ」「ママ」「マンマ」「プープー」などの言葉を使う	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ	
	16	一人で歩く	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ	(月頃)
	17	絵本を見て動物や物の名前を聞くと指さす	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ	
	18	簡単な指示がわかる(「新聞を持ってきて」等)	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ	
	19	二語文「ワンワンキタ」「マンマチョウダイ」等を使う	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ	

食事	・1歳になるまでの授乳方法は	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 混合
	・(0歳児のみ回答)哺乳瓶からミルクを飲むか	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
	・現在の離乳食の実施状況に✓ (離乳食が終了していれば、普通食を選択)	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 初期(1回食) <input type="checkbox"/> 中期(2回食) <input type="checkbox"/> 後期(3回食) <input type="checkbox"/> 完了期(3回食+補食) <input type="checkbox"/> 普通食
	・食べ方(該当するものに✓)	<input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 手でつかんで食べる <input type="checkbox"/> スプーンで食べる <input type="checkbox"/> はしで食べる
	・苦手な食べ物があるか	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 有の場合 ()

排泄	・おむつをしている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 夜間のみ
	・排尿について	<input type="checkbox"/> ひとりできる <input type="checkbox"/> 手伝えばできる <input type="checkbox"/> できない
	・排尿を伝えることについて	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
	・排便について	<input type="checkbox"/> ひとりできる <input type="checkbox"/> 手伝えばできる <input type="checkbox"/> できない
	・排便を伝えることについて	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない

その他生活について	・簡単な衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 少し手伝う <input type="checkbox"/> できない
	・好きな遊び ()	・誰と遊ぶ <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> きょうだい <input type="checkbox"/> お友達 <input type="checkbox"/> その他 ()
	・集団生活の経験 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	施設名 ()
	・自分の意思をどのような手段で伝えるか	<input type="checkbox"/> 話し言葉で伝える <input type="checkbox"/> 身振り指差して伝える <input type="checkbox"/> 表情で伝える <input type="checkbox"/> 泣いて伝える <input type="checkbox"/> まだ意思表示できない <input type="checkbox"/> その他 ()
	・大人の指示に対しての受け止め方	<input type="checkbox"/> 言葉でわかる <input type="checkbox"/> 具体的な場面であれば少しの言葉でわかる <input type="checkbox"/> 指差してわかる <input type="checkbox"/> まだ理解できない <input type="checkbox"/> その他 ()
	・話しかけると目が合うか	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
	・以下のような行動をとることがあるか	<input type="checkbox"/> じっとしていることが難しい <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ひんぱんに <input type="checkbox"/> 急に泣いたりはやいだりする <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ひんぱんに <input type="checkbox"/> 理由なく大きな声を上げる <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ひんぱんに

その他、集団生活において気になること、心配なことがありましたらご記入ください。

★乳幼児健診等の情報提供に当たっての同意欄 (☑をお願いします。)

お子様の健やかな成長・発達支援のため、保育施設入所前や入所後にこども保健センター・こども発達センター・保育施設等と情報連携をすることに、申請保護者及び同居親族等は同意します。