

4ヶ月未満児用（面接のない方用）
※申込当日の月齢（0歳児・1歳～5歳児用は別紙）

保育園こども園入園児童問診票

希望園

保育園・こども園

フリガナ
児 童 名

男・女

住所 泉佐野市

保護者 氏名

生年月日 令和 年 月 日

子どもさんの発育状態についてあてはまるところに記入するか○でかこんでください。

出産 状況	妊娠中の心身異常	無 ・ 有（	）	出産時体重	グラム
	出 産	正常 ・ 異常（詳しく下に記入してください）	早 産		ヵ月
アレルギー体質 無 ・ 有（アトピー・その他） 手帳について 無 ・ 有 けいれん 無 ・ 有（熱性・その他） 身体障害者手帳（ 級） 心臓疾患 無 ・ 有（ ） 療育手帳（ A・B ） 定期的に受診している 無 ・ 有（ ） 出生時の病気について（病名・時期・処置など医療機関からの指導） 無 ・ 有					
授乳（母乳・人工乳・混合） ミルク名（ ）					
日常生活 の状況	・動きが少なく同じ姿勢をとっている。	・あお向けで顔を横に向け、腕を左右非対称にすることが多い。	・うつ伏せでは手を前につけると肩をあげようとする。	・あおむけで手と足が左右対称の姿勢が見られる。 ・うつ伏せで少し顔をあげようとする。 ・あおむけで手と手、足と足を触れ合わせる。	
	・目覚めの時はじっと目をあけて見つめている。	・親指は指の中に握り込んでいる。	・親指が手のひらから少しでている。	・物を持たすと少し握る。 ・手をなめる。 左右に視線で物を追う。	
	・お腹がすくと泣く。	・あやされると人の顔を見る。 ・寝入りばなに微笑む。 ・不快で泣く。		・あやされると微笑み返す。 ・「ウグウグ」と声を出したり、あやされた方に顔を向ける。	
相談 歴	1ヵ月健診	受けた ・ 受けていない	4ヵ月健診	受けた ・ 受けていない	
	こども家庭課、保健所、医療機関、子ども家庭センター又はその他専門機関等に相談されたことがありますか。（ある・ない） ※ある場合は具体的に記入してください。				
子どもさんの発育について気になること、心配なことがありますか。（ある・ない） ※ある場合は具体的に記入してください。					
				記入した人	父・母・（ ）
				記入年月日	年 月 日

※ 後日、親子ともに面接をさせていただく場合があります。
※ 未出生の方は、生後1ヶ月経過後に提出してください。