

4か月未満児用 (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)

希望園

保育園・こども園

保育園こども園入園児童問診票

住所 泉佐野市  
保護者 氏名

フリガナ

児童名

男・女

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
	産 正常・異常 (詳しく下に記入してください)	早産	か月
アレルギー体質	無・有 (アトピー・その他 )		
けいれん	無・有 (熱性・その他 )		
心臓疾患	無・有 ( )		
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。
	・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。
	・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か月健診	受けた・受けていない	4か月健診
	受けた・受けていない		
健康推進課、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か月経過後に提出してください。