



5 先天性の病気や慢性疾患（※）及び発育・発達の相談等で、病院や施設に通っていますか。

※アトピー性皮膚炎や喘息等を含む

いいえ  はい ⇒「はい」の場合は以下も記入

【診断名】 ( )

【症状】 ( )

【診断された時期】 ( ) 歳 ( ) か月頃

【経過】 ( )

【医療機関・施設名】 ( )

【現在の状況】  治癒・  通院(所)継続 ( 回 / 年 月 週 )

【現在の服薬状況】  なし  あり (  朝・ 昼・ 晩 )

【保育施設等で必要な対応】 ( )

6 お子さまの発達状況について、現在の月齢まですべて記入してください。

|  |                                 |                              |
|--|---------------------------------|------------------------------|
| 首が座った時期                                    | <input type="checkbox"/> ( ) か月 | <input type="checkbox"/> まだ  |
| 寝返りをした時期                                   | <input type="checkbox"/> ( ) か月 | <input type="checkbox"/> まだ  |
| ひとり座りができるようになった時期                          | <input type="checkbox"/> ( ) か月 | <input type="checkbox"/> まだ  |
| 這いずりができるようになった時期                           | <input type="checkbox"/> ( ) か月 | <input type="checkbox"/> まだ  |
| つかまり立ちができるようになった時期                         | <input type="checkbox"/> ( ) か月 | <input type="checkbox"/> まだ  |
| 歩き始めた時期                                    | <input type="checkbox"/> ( ) か月 | <input type="checkbox"/> まだ  |
| 《0～2歳の頃》                                   |                                 |                              |
| あやすと笑いますか                                  | <input type="checkbox"/> はい     | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 見えない方向から声をかけるとそちらの方を見ようとしますか               | <input type="checkbox"/> はい     | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 大人の言う簡単な言葉（おいで・ちょうだいなど）がわかりますか             | <input type="checkbox"/> はい     | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ママ・ブーブーなど意味のある言葉をいくつか話しますか                 | <input type="checkbox"/> はい     | <input type="checkbox"/> いいえ |
| スプーン（はし）を使って食べますか                          | <input type="checkbox"/> はい     | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 簡単な指示を理解できますか                              | <input type="checkbox"/> はい     | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 《3～5歳の頃》                                   |                                 |                              |
| 名前を呼ばれたら返事をしますか（呼ばれたことがわかり反応する）            | <input type="checkbox"/> はい     | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 意味のある単語（物の名称など）を話しますか                      | <input type="checkbox"/> はい     | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 話しかけられた人と目を合わせますか                          | <input type="checkbox"/> はい     | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 簡単な指示を理解できますか                              | <input type="checkbox"/> はい     | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 衣服の着脱ができますか                                | <input type="checkbox"/> はい     | <input type="checkbox"/> いいえ |
| おしっこをひとりでしますか                              | <input type="checkbox"/> はい     | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 危険な行為を、大人の表情や言葉かけでやめることができますか              | <input type="checkbox"/> はい     | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 挨拶・返事など生活や遊びに必要な言葉を使えますか                   | <input type="checkbox"/> はい     | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ほかの子どもや周囲に関心を示しますか                         | <input type="checkbox"/> はい     | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 理由もなく突然叩いたり、かみついたり奇声をあげたりしますか              | <input type="checkbox"/> はい     | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 特定のことにこだわりがありますか<br>（数字・図形・水遊び・食べ物・回るものなど） | <input type="checkbox"/> はい     | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 人に触られる・大きな音などを極端に嫌がりますか                    | <input type="checkbox"/> はい     | <input type="checkbox"/> いいえ |

7 お子さまの健康面や発達面で気になることはありますか。

いいえ  はい ⇒「はい」の場合は以下も記入

【内容】 [ ]

**<留意事項>**

※記載いただいた内容の確認等のため、保育課からご連絡をさせていただく場合もございます。

※記載内容と事実の相違があった場合には、入園(内定)を取り消すことがあります。

※本申告書は内定した園に情報提供させていただきます。