



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
<b>《0～2歳の頃》</b>		
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
<b>《3～5歳の頃》</b>		
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 （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。