

こどもの記録

R9

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			☐ 男	生年	令和	年	月	日		
児童氏名			☐ 女	月 日						
分娩	☐ 普通分娩 ☐ 早産 (月 日) ☐ 帝王切開 ☐ 吸引 ☐ 骨盤位 ☐ その他 ()									
出生時の状態	☐ 健康 ☐ 衰弱 ☐ 仮死 ☐ チアノーゼ ☐ 血腫 ☐ その他		保育器の使用	☐ なし ☐ 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	☐ 特になし ☐ 熱性けいれん ☐ 中耳炎 ☐ ヘルニア ☐ その他 ()									
感染症罹患歴	☐ 特になし ☐ 麻しん(はしか) ☐ 水痘 ☐ 流行性耳下腺炎(おたふく風邪) ☐ 百日咳 ☐ 風しん ☐ 髄膜炎 ☐ 肺炎 ☐ 肝炎 (型) ☐ その他 ()									
体質	☐ 風邪をひきやすい ☐ ひきつけをおこしやすい ☐ 扁桃腺がはれやすい ☐ ぜんそくをおこしやすい ☐ はきやすい ☐ 便秘がち ☐ 下痢しやすい ☐ 鼻血がでやすい ☐ 湿疹がでやすい ☐ 化膿しやすい ☐ 薬品にかぶれる ☐ 脱臼しやすい ☐ アトピー性皮膚炎 ☐ 鼻炎 ☐ じんましん ☐ その他 ()									
アレルギー	食物アレルギー	☐ 無 ・ ☐ 有		☐ 卵 ☐ 牛乳・乳製品 ☐ 小麦 ☐ その他 ()						
	その他アレルギー	☐ 無 ・ ☐ 有		☐ ダニ ☐ ハウスダスト ☐ 花粉 ☐ 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		☐ 受診したことがある ☐ 受診したことがない							
てんかん	てんかんの症状がある (☐ ある ・ ☐ ない ・ ☐ 疑いあり) ⇒ 有の場合 (種類: 頻度 対応)									
医療的ケア	医療的ケア	☐ 無 ・ ☐ 有		内容 ()						
	⇒有の場合	日中の医療的ケアの有無		☐ 無 ・ ☐ 有		⇒「有」の場合は保育課へ直接ご相談ください。				
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 (☐ ある ・ ☐ ない ・ ☐ 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: (☐ 経過観察中 ☐ 治療の予定あり ☐ 疑いあり ☐ 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	☐ 無 ・ ☐ 有		病院名:		頻度: 年 ・ 月 ・ 週 回				
	③治療	☐ 無 ・ ☐ 有		☐ 飲み薬 ・ ☐ 塗り薬 ・ ☐ 食事制限 ・ ☐ その他 ()						
	④服薬	☐ 無 ・ ☐ 有		(1日: 回) ☐ 朝 ☐ 昼 ☐ 夕 ☐ 就寝前						
	⑤手術歴(又は予定)	☐ 無 ・ ☐ 有		手術内容:		時期:				
	⑥リハビリ歴(又は予定)	☐ 無 ・ ☐ 有		リハビリ内容:		時期:				
	⑦補装具の使用	☐ 無 ・ ☐ 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		☐ 無 ・ ☐ 有		⇒有の場合眼鏡を使用しているか (☐ 使用 ☐ 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		☐ 無 ・ ☐ 有		⇒有の場合補聴器を使用しているか (☐ 使用 ☐ 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		☐ 無 ・ ☐ 有		⇒有の場合、理由 ()					
	⇒有の場合相談機関	☐ こども保健センター ☐ こども発達センター ☐ こども家庭保健課 ☐ 上尾市教育センター ☐ 児童発達支援センターつくし学園 ☐ 中央児童相談所 ☐ 医療機関 () ☐ 児童発達支援事業所 () ☐ その他 ()								
	⇒有の場合、医師の診断を受けたか	☐ 診断済 ☐ 未診断 ☐ 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		☐ 有り ☐ 取得予定 ☐ 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	麻しん風しん	水痘	日本脳炎
	接種回数	/3	/4	/4	/3	/4	/1	/2	/2	/3
※5種混合を接種した場合は両方に数字を記入してください。										
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					☐ した ・ ☐ しない					
4か月児健康診査を受診					☐ した ・ ☐ しない					
10か月児健康相談を受診					☐ した ・ ☐ しない					
1歳6か月児健康診査を受診					☐ した ・ ☐ しない					
3歳児健康診査を受診					☐ した ・ ☐ 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	母乳やミルクをよく飲む、飲んだ	☐ はい ・ ☐ いいえ	
	2	首がすわった	☐ はい ・ ☐ いいえ	(か月頃)
	3	あやされるとよく笑い声を出した	☐ はい ・ ☐ いいえ	(か月頃)
	4	声や音のする方に顔を向けた	☐ はい ・ ☐ いいえ	
	5	寝返りをする	☐ はい ・ ☐ いいえ	(か月頃)
	6	座ることができる	☐ はい ・ ☐ いいえ	(か月頃)
	7	喃語(「アーウー」「ダダダ」「パーパー」)がでていた	☐ はい ・ ☐ いいえ	
	8	ハイハイをする	☐ はい ・ ☐ いいえ	(か月頃)
	9	つかまり立ちをする	☐ はい ・ ☐ いいえ	(か月頃)
	10	つたい歩きをする	☐ はい ・ ☐ いいえ	(か月頃)
	11	「人見知り」をする	☐ はい ・ ☐ いいえ	(か月頃)
	12	名前を呼ぶと振り向く	☐ はい ・ ☐ 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	☐ はい ・ ☐ いいえ	
	14	禁止の言葉「いけません」「だめよ」等がわかる	☐ はい ・ ☐ いいえ	
	15	「パパ」「ママ」「マンマ」「プープー」などの言葉を使う	☐ はい ・ ☐ いいえ	
	16	一人で歩く	☐ はい ・ ☐ いいえ	(か月頃)
	17	絵本を見て動物や物の名前を聞くと指さす	☐ はい ・ ☐ いいえ	
	18	簡単な指示がわかる(「新聞を持ってきて」等)	☐ はい ・ ☐ 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	☐ はい ・ ☐ いいえ	

食事	・1歳になるまでの授乳方法は		☐ 母乳 ☐ ミルク ☐ 混合
	・(0歳児のみ回答)哺乳瓶からミルクを飲むか		☐ はい ・ ☐ 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)		☐ 未実施 ☐ 初期(1回食) ☐ 中期(2回食) ☐ 後期(3回食) ☐ 完了期(3回食+補食) ☐ 普通食
	・食べ方(該当するものに✓)		☐ 食べさせてもらう ☐ 手でつかんで食べる ☐ スプーンで食べる ☐ はしで食べる
	・苦手な食べ物があるか		☐ 無 ・ ☐ 有 有の場合 ()

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

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

☐ 保育施設での、こどもの安心・安全な保育のため、乳幼児健診の結果やその後の状況、発育・発達に係る相談記録、障害福祉やこどもの疾病等に係る情報、その他こどもの保育に必要な情報について、こども家庭保健課・こども発達センター・障害福祉課・児童発達支援事業所・病院・保育施設等に確認と共有をさせていただくことに、申請保護者及び同居親族等は同意します。