

令和7年度 幼児の状況調査票 (〇〇〇〇 幼稚園)

幼児	ふりがな はえばる いちろう			性別	生年月日		
	氏名 南風原 一郎			男 ・ 女	平成 令和	31 年	5 月
住所	南風原町字 兼城 〇〇番地 □□□アパート 101			緊急連絡先	連絡のつきやすい電話番号		優先順
					続柄(母)	携帯(自宅)	090-0000-1111
家族構成	氏名(ふりがな)	続柄	年齢	職場名・学校	続柄(父)	携帯(自宅)	
	はえばる たろう	父	35	(株)〇〇商事	職場	098-000-1234	3
	南風原 太郎				続柄(父)	携帯(自宅)	080-0000-1111
	はえばる はなこ	母	35	△△スーパー	預かり保育の利用	<input checked="" type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない	
	南風原 花子				職場	098-111-1234	4
	はえばる いちろう	本人	5	□□保育園	出生	出生体重(3000 g) 現体重(18 kg)	
	南風原 一郎				平熱(36.5 度)		
はえばる じろう	弟	2	□□保育園	保育状況	該当する項目へチェックしてください。 □家庭保育		
南風原 次郎					<input checked="" type="checkbox"/> 保育園 (1 才から 4 才まで) ・通っていた保育園(〇〇〇保育園) ・保育園での加配について(無 し ・ 有り)		
	□幼稚園 (才から 才まで) ・通っていた幼稚園()						
	□その他施設(子育て支援センター 等) ・利用施設()						

担任の先生に 知ってもら いたいこと	①発達状況 <input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 少し遅れている <input type="checkbox"/> 遅れている <input type="checkbox"/> 気になる
	①-②気になる点 (該当する項目へチェックお願いします 複数可)
	<input checked="" type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 言葉 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> カッとなる <input type="checkbox"/> 手を出してしまう <input type="checkbox"/> 気持ちの切り替えが難しい
	①-③診断名がある場合は記載をお願いします (診断名:)
	①-④療育手帳等や特別児童扶養手当障害認定通知書または有期再認定通知書の有無 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→(手帳または通知書の種類:)
	①-⑤児童デイサービス利用の有無 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→(施設名:)
	②3歳児健診 <input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 所見あり(内容:) <input type="checkbox"/> 未受診
	③てんかん性 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→ 発作の回数 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週___回 <input type="checkbox"/> 月___回 <input type="checkbox"/> その他
	④熱性けいれん <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→(度以上から連絡要)
	⑤その他 <input checked="" type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 視力が弱い <input type="checkbox"/> 聴力が弱い <input type="checkbox"/> 喘息がある <input type="checkbox"/> 車酔いする

加配保育希望 ※発達がゆっくりな子等にサポート行う特別支援員(加配の先生)を配置希望する	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→(理由:) ※加配の配置につきましては、聞き取り等調査を行った上で決定しますので、ご希望に添えない場合もあります。
特異体質 (アレルギー等)	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→(才頃から) 除去の必要 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり アレルギー食品名()
アナフィラキシーショックについて	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→(エピペン所持 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)
入院・手術歴について	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→(時期: 病名:)

・提供していただいた個人情報について、園教育活動やPTA活動にて使用することがあります。	<input checked="" type="checkbox"/> わかりました
・入園後の園児活動の様子(写真)をHP等に掲載することに同意しますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない