

令和7年度 幼児の状況調査票

幼稚園)

幼児	ふりがな 氏名				性別	生年月日 平成年月日 令和年月日		
					男・女	連絡のつきやすい電話番号		優先順
住所	南風原町字				緊急連絡先	続柄() 職場	携帯(自宅) 職場	
	氏名(ふりがな)	続柄	年齢	職場名・学校		続柄() 職場	携帯(自宅) 職場	
家族構成					預かり保育の利用	<input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない		
					出生	出生体重(g) 現体重(kg) 平熱(度)		
						該当する項目へチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 家庭保育		
						<input type="checkbox"/> 保育園(才から才まで) ・通っていた保育園() ・保育園での加配について(無し・有り)		
						<input type="checkbox"/> 幼稚園(才から才まで) ・通っていた幼稚園()		
						<input type="checkbox"/> その他施設(子育て支援センター等) ・利用施設()		
担任の先生に知りたいこと	①発達状況 <input 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 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 <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 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 type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→(施設名:)							
	②3歳児健診 <input 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 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 type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→(度以上から連絡要)							
	⑤その他 <input 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							
	⑥かかりつけの病院 (病院名: 電話:)							
⑦その他知っておいてほしい事項								
加配保育希望 ※発達がゆっくりな子等にサポートを行う特別支援員(加配の先生)を配置希望する		<input 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 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 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 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 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 type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない