

申請児童質問票

※児童の保育に必要な情報をご記入ください。(八尾市在住で、保育認定(2・3号認定)を受けていない児童、または八尾市外在住の児童について、記入が必要となります。)

児童名	男 女	平成 年 月 日 生	満 歳 月
出産の状況	・ 出生までの異常 ・ 出産の状況 ・ 出生時の体重 (g)	有 正常	・ 無 ・ その他 (帝王切開 ・ 吸引 ・ 仮死)
発達の状況	首のすわり (月) ひとり歩き (月) ・ 簡単な指示・禁止がわかりますか。 ・ 自分の名前と年齢が言えますか。 ・ 簡単な会話ができますか。 ・ 食事は、自分で食べますか。 はい (はし・スプーン・フォーク・手づかみ) ・ 衣服の着脱は、自分でできますか。 ・ トイレで排泄できますか。 ・ 今までに定期健診は、受けていますか。受けた健診に○をしてください。 ・ 4ヶ月 ・ 1歳半 ・ 3歳半 ・ 上記の健診で、アドバイスを受けたことがありますか。 はい (内容)	はいはい (月) 片言を言う (月) はい はい はい はい はい はい	人見知り (月) 指さし (月) ・ いいえ ・ いいえ ・ いいえ ・ いいえ () ・ いいえ (パンツ・オムツ) ・ いいえ ・ いいえ ・ いいえ
これまでの身体の様子	・ 心臓が悪いと言われたことがありますか。 はい (病名) ・ 視力に異常があると言われたことがありますか。 はい (病名) ・ 聴力に異常があると言われたことがありますか。 はい (病名) ・ 熱がでたとき「ひきつけ」や「けいれん」をおこしたことがありますか。 はい (いつ頃) ・ 熱がでないのに「ひきつけ」や「けいれん」をおこしたことがありますか。 はい (いつ頃) ・ 「ぜんそく」と言われたことがありますか。 はい (いつ頃) ・ アレルギー・アトピーは、ありますか。 はい () ・ 食べ物によって、下痢・湿疹・嘔吐などの症状がでますか。 はい (食べ物名) ・ その他大きな病気にかかったことがありますか。 はい (病名)	はい はい はい はい はい はい はい はい はい はい はい はい はい	・ いいえ ・ いいえ ・ いいえ ・ いいえ ・ いいえ ・ いいえ ・ いいえ ・ いいえ ・ いいえ ・ いいえ ・ いいえ

裏面もありますので、ご覧になって該当する項目は、必ずご記入ください。

次の施設等について、利用の有無を選び、有りの場合は時期と内容を記入してください。

下記以外の機関にかかっている場合は、空欄に機関名などを記入してください。

利用の有無	機 関 名	期 間	内 容
有・無	八尾市保健センター（4ヶ月健診、1歳半健診、3歳半健診を除く）	～	
有・無	大阪府八尾保健所	～	
有・無	東大阪子ども家庭センター	～	
有・無	八尾しょうとく園	～	
有・無	八尾市立いちよう学園	～	
有・無	親子教室（子育て総合支援ネットワークセンター「みらい」）	～	
有・無	家庭児童相談室（子育て総合支援ネットワークセンター「みらい」）	～	
有・無	大阪府立母子保健総合医療センター	～	
有・無	大阪市立総合医療センター	～	
		～	
		～	

※ 上記の関係機関に問い合わせることが、ありますので、ご了承ください。

※子どもさんの発達について気になること、心配なことがあれば、ご記入ください。