

<入所申込児童の状態>

記入日： 年 月 日

児童氏名：	生年月日： 年 月 日
-------	----------------

1. 出生について

①出生体重は	グラム	②妊娠期間は	週
③分娩は	<input type="checkbox"/> 自然分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> その他（	）	
④出生時異常は	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> 早産/ <input type="checkbox"/> 保育器使用/ <input type="checkbox"/> 仮死/ <input type="checkbox"/> その他（	）	

2. 食事・排泄について

①現在の食事は	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 混合栄養 <input type="checkbox"/> 離乳食 ⇒ <input type="checkbox"/> 初期/ <input type="checkbox"/> 中期/ <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 普通食
②食べる時に使うのは	<input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> はし
③水分補給は	<input type="checkbox"/> 哺乳瓶 <input type="checkbox"/> ベビーマグ <input type="checkbox"/> ストロー <input type="checkbox"/> コップ ⇒ <input type="checkbox"/> 支えてもらいながら/ <input type="checkbox"/> 一人で
④排泄は	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 寝る時だけおむつ <input type="checkbox"/> 自分ではできないが知らせる <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 自立

3. 体質について

<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> 脱臼しやすい ⇒ 部位：	
<input type="checkbox"/> 便秘がち <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 吐きやすい <input type="checkbox"/> 熱を出しやすい <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	
<input type="checkbox"/> 食物アレルギー ⇒ <input type="checkbox"/> 卵/ <input type="checkbox"/> 牛乳/ <input type="checkbox"/> 小麦/ <input type="checkbox"/> 大豆/ <input type="checkbox"/> 落花生/ <input type="checkbox"/> そば/ <input type="checkbox"/> その他（	）
<input type="checkbox"/> 食物以外のアレルギー ⇒ <input type="checkbox"/> ハウスダスト/ <input type="checkbox"/> 花粉/ <input type="checkbox"/> その他（	）
<input type="checkbox"/> 医師の指示等あり ⇒ 内容：	

4. 健康状態について

①乳幼児健診で指摘は	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 歳 月 日 月児健診（内容：	）
②熱性けいれんを起こしたことは	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 最後の発症日：	年 月 日
③ひきつけを起こしたことは	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 最後の発症日：	年 月 日
④今までにかかった病気は	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病	
<input type="checkbox"/> 心疾患（病名：	）	<input type="checkbox"/> その他（
⇒最後にかかった病気（時期：	歳 月 日頃、病名：	）
⑤入院したことは	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 病名等：	入院期間：
⑥治療中の病気は	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 病名等：	
⑦医師の指示や気になること等は	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 内容	

5. 発育等について

①首のすわりは	か月頃	②ハイハイは	か月頃	③歩きはじめは	か月頃
④言葉（日本語）は	<input type="checkbox"/> 普通に話せる <input type="checkbox"/> 二語文（「わんわん来た」等）が話せる <input type="checkbox"/> 単語のみ				
	<input type="checkbox"/> 話せないと言われることは理解できる <input type="checkbox"/> 話せないと言われたことも理解できない				
⑤専門機関等への相談等は	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 幼児相談 <input type="checkbox"/> ことばの教室 <input type="checkbox"/> 児童相談所				
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援（療育支援） <input type="checkbox"/> その他（	）			
相談内容：					
⑥障害者手帳等の取得	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（種類：	等級	）		
⑦ことばや発達面、集団生活などで気になることや配慮が必要なこと等は	<input type="checkbox"/> 無				
<input type="checkbox"/> 有⇒内容：					

6. その他(食習慣、習癖(くせ)、気になること等があれば記入してください)

--

※提出後に変更が生じた場合は、この「入所申込児童の状態」を改めて提出してください

<入所申込児童の状態>

記入例

記入日: 令和6年 5月 1日

児童氏名: 袖ヶ浦 太郎	生年月日: 令和3年 10月 10日
---------------------	---------------------------

1. 出生について

①出生体重は 2,950 グラム	②妊娠期間は 39 週
③分娩は <input checked="" type="checkbox"/> 自然分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> その他 ()	
④出生時異常は <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> 早産/ <input type="checkbox"/> 保育器使用/ <input type="checkbox"/> 仮死/ <input type="checkbox"/> その他 ()	

2. 食事・排泄について

①現在の食事は <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 混合栄養 <input checked="" type="checkbox"/> 離乳食 ⇒ <input type="checkbox"/> 初期/ <input type="checkbox"/> 中期/ <input checked="" type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 普通食
②食べる時に使うのは <input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 手づかみ <input checked="" type="checkbox"/> スプーン <input checked="" type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> はし
③水分補給は <input type="checkbox"/> 哺乳瓶 <input type="checkbox"/> ベビーマグ <input type="checkbox"/> ストロー <input checked="" type="checkbox"/> コップ ⇒ <input checked="" type="checkbox"/> 支えてもらいながら/ <input type="checkbox"/> 一人で
④排泄は <input type="checkbox"/> おむつ <input checked="" type="checkbox"/> 寝る時だけおむつ <input type="checkbox"/> 自分ではできないが知らせる <input checked="" type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 自立

3. 体質について

<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> 脱臼しやすい ⇒ 部位:
<input type="checkbox"/> 便秘がち <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 吐きやすい <input checked="" type="checkbox"/> 熱を出しやすい <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎
<input checked="" type="checkbox"/> 食物アレルギー ⇒ <input type="checkbox"/> 卵/ <input type="checkbox"/> 牛乳/ <input checked="" type="checkbox"/> 小麦/ <input type="checkbox"/> 大豆/ <input type="checkbox"/> 落花生/ <input type="checkbox"/> そば/ <input checked="" type="checkbox"/> その他 (そば未摂取)
<input checked="" type="checkbox"/> 食物以外のアレルギー ⇒ <input type="checkbox"/> ハウスダスト/ <input checked="" type="checkbox"/> 花粉/ <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 医師の指示等あり ⇒ 内容:

4. 健康状態について

①乳幼児健診で指摘は <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ⇒ 1 歳 6 か月児健診 (内容: 言葉の遅れ)
②熱性けいれんを起こしたことは <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ⇒ 最後の発症日: 令和4年 8月 15日
③ひきつけを起こしたことは <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 最後の発症日: 年 月 日
④今までにかかった病気は <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input checked="" type="checkbox"/> 心疾患 (病名: 心室中隔欠損症) <input type="checkbox"/> その他 () ⇒最後にかかった病気 (時期: 2 歳 1 か月頃、病名: 心室中隔欠損症)
⑤入院したことは <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 病名等: 入院期間:
⑥治療中の病気は <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ⇒ 病名等: 心室中隔欠損症、手術は不要で半年ごとに経過観察中
⑦医師の指示や気になること等は <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 内容

5. 発育等について

①首のすわりは 3 か月頃	②ハイハイは 7 か月頃	③歩きはじめは 15 か月頃
④言葉 (日本語) は <input type="checkbox"/> 普通に話せる <input type="checkbox"/> 二語文 (「わんわん来た」等) が話せる <input checked="" type="checkbox"/> 単語のみ <input type="checkbox"/> 話せないと言われることは理解できる <input type="checkbox"/> 話せないし言われたことも理解できない		
⑤専門機関等への相談等は <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 幼児相談 <input type="checkbox"/> ことばの教室 <input type="checkbox"/> 児童相談所 <input checked="" type="checkbox"/> 児童発達支援 (療育支援) <input type="checkbox"/> その他 () 相談内容: *できるだけ詳細に記入してください 言葉の発達が遅れているため、地域療育支援室を利用し療育支援及び発音練習を受けている。		
⑥障害者手帳等の取得 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種類: 等級)		
⑦ことばや発達面、集団生活などで気になることや配慮が必要なこと等は <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有⇒内容: まだ二語文が話せない じっとしてられない、かんしゃくを起こすことが多い		

6. その他(食習慣、習癖(くせ)、気になること等があれば記入してください)

野菜が嫌いなかなか食べない 怒ると人をたたく

※提出後に変更が生じた場合は、この「入所申込児童の状態」を改めて提出してください