

R3年度

見学済証明書

見学証明印押印欄

※見学から入所までに期間が空いた場合は、再度、見学を依頼する場合があります。

記入日： 年 月 日

ふりがな	生 年 月 日	記入者氏名
名 前	男 女 (歳 か月)	
健康状態	今までに受けた健診についてお聞かせください。 1か月健診 ・ 4か月健診 ・ 10か月健診 ・ 1歳6か月健診 ・ 3歳児健診 指導事項 <input type="checkbox"/> あり(詳細を記入してください) <input type="checkbox"/> なし	
以下の項目に該当する場合は <input checked="" type="checkbox"/> を入れ、質問に回答してください。 <input type="checkbox"/> 以下の項目に該当なし		
病気や体質	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん 回数 回 ・最後に起こした時期： 年 月頃 <input type="checkbox"/> 服用 (薬の種類) <input type="checkbox"/> 脱臼しやすい(部位) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> アレルギー体質(あり ・ なし) アナフィラキシー症状の既往(あり ・ なし) <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 食物アレルギー 卵 乳 大豆 小麦 そば 甲殻類 ナッツ類 その他() <input type="checkbox"/> その他 ハウスダスト イヌ ネコ ()	
既往歴	今までにかかった重い病気、けがなどはありますか(手術歴も含む)。	あり ・ なし
	病名等：	医療機関名等： 年 月頃
	現在の経過観察： あり ・ なし	配慮事項(あり・なし)内容：
	病名等：	医療機関名等： 年 月頃
	現在の経過観察： あり ・ なし	配慮事項(あり・なし)内容：
心身に障がいがありますか。	あり ・ なし	
障がい名：	身障手帳(級)／療育手帳()	
気になることがありましたら、記入してください(健康・発達・集団適応についてなど)。		

安全にお預かりするために必要な情報です。提出後に変更がありましたら保育担当に連絡してください。

裏面は、こども未来課へ入所申込するまでにご記入ください。入所申込時に、こども未来課への子どもの同伴を省略する場合は、裏面に記入もれがあると、不備となり受付できません。

入所希望児童の様子について、かならず記入してください。
(こども未来課への子どもの同伴を省略する場合は、記入漏れがあると、不備となり受付ができません。)

※各項目、該当するすべての箇所（数字）に○をつけ、必要に応じて回答を記入してください。

①食事	1 ミルクや母乳を飲んでいる 2 食べさせてもらう（つまらせることがある・つまらせることがない・その他） 食事の形態（離乳食 {前期・中期・後期}・完了食・普通食・その他） 3 自分でできる（手づかみ・スプーン・はし・コップで水が飲める） 4 偏食がある⇒（具体的に） 5 信仰上の理由で食べられないものがある ⇒（具体的な食材等）
-----	--

②排せつ	1 おむつ使用 2 布パンツ使用 3 自分でできないが、しぐさや言葉で知らせる 4 自分でできる（小便のみ・大小便ともできる） 5 その他（）	③着脱衣	1 すべてやってもらう 2 介助されながら、自分で手足を 動かし着せてもらう 3 ほとんど自分でできる
------	---	------	--

④言語	1 快・不快を感じて泣いたり、声をあげたりする 2 話しかけると声を出す 3 知っているものがあると指さしをする 4 話すことはできないが、相手の言うことはわかる 5 話せないし相手の言うこともわからない 6 意味のある単語を話す 7 二語文を話す（○○チョウダイ・○○アッタ 等） 8 会話のやりとりができる	⑤遊び	1 玩具を目で追う 2 音のするほうに顔を向ける 3 玩具に手を伸ばす 4 大人と一緒に遊ぶことを喜ぶ 5 ひとりで遊ぶ 6 子ども同士で遊ぶ 7 その他（）
-----	--	-----	---

⑥運動	1 首がすわっている はい（ ヶ月頃から） ・ いいえ 2 寝返りができる はい（ ヶ月頃から） ・ いいえ 3 座位の姿勢がとれる はい（ ヶ月頃から） ・ いいえ 4 はいはいができる はい（ ヶ月頃から） ・ いいえ 5 つかまり立ちができる はい（ ヶ月頃から） ・ いいえ 6 一人で歩ける はい（ ヶ月頃から） ・ いいえ 7 歩いたり走ったりする はい（ ヶ月頃から） ・ いいえ 8 のぼったり飛び降りたりする はい（ ヶ月頃から） ・ いいえ
-----	---

⑦視力	1 動くものを目で追いかける（はい・いいえ） 2 矯正が必要	⑧聴力	1 小さな音に反応する（はい・いいえ） 2 後ろからの音に反応する（はい・いいえ） 3 その他（）
-----	-----------------------------------	-----	---

⑨その他	1 話しかけても視線が合わない 2 奇声をあげる 3 かんしゃくを起こす 4 こだわりが強い 5 理由なく人を激しく叩いたり、噛みついたりする 6 目的なく動きまわる	7 他の子とうまく関われない 8 その他、気になること []
------	--	---------------------------------------

※回答内容が事実と異なることが判明した場合は、教育・保育給付認定や入所決定を取り消すことがありますのでご注意ください。