

0歳児 保育施設等入所(園)児童問診票

田尻町民生部子育て・地域福祉課

記入日 年 月 日

ふりがな 児童名	男・女	児童 生年月日	令和 年 月 日
保護者名			

※名前の字は戸籍と同じ漢字で楷書ではっきり書いてください

お子様の発育状態等についてご記入ください。

出産状況	出産時の体重（ ）グラム 正常産 ・ 早産（ ）週 ・ その他（ ）
授乳（母乳 ・ 人工乳 ・ 混合） 離乳食開始（ ）ヶ月 現在の食事： 初期食・中期食 後期食・完了食 普通食 首がすわる（ ）ヶ月 寝返り（ ）ヶ月 歩き始め（ ）ヶ月	ひきつけ： 無・有（熱性 ・ その他） 心臓疾患： 無・有（ ） アレルギー体質： 無・有（ ） 食べ物のアレルギー： 無・有（ ） その他の疾患（病気名・時期・処置など）
*健康診査 5ヶ月児健康診査： 受けた ・ まだ受けていない ・ 受けなかった 後期健康診査： 受けた ・ まだ受けていない ・ 受けなかった *保健センター、保健所、医療機関、子ども家庭センター、その他の専門機関等に相談された方は、具体的に記入してください。	
お子様の発育について気になること、心配なことがあれば書いてください。	

*以前に保育所、こども園、託児所などに通っていたことがありますか？

ない ・ 保育所 ・ こども園 ・ 託児所 ・ その他

(施設名 年 月～ 年 月まで)

*入所(園)される保育施設等にも、この内容は伝えます。