

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	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 (ケ月) 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 (ケ月) 寝返り (ケ月) 歩き始め (ケ月)	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、幼稚園、託児所などに通っていたことがありますか？

ない ・ 保育所 ・ 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。