

[様式第4号]

保護者→休日保育実施施設

神戸市休日保育児童状況確認書

この様式はお子さんのことを事前に把握し、初対面で慣れない時に参考にするなど、お子さんと関わるための資料として使います。
保護者が記入し、休日保育実施施設へ提出してください。

フリガナ			性別:	男	・	女
児童氏名						
生年月日	年	月	日	年齢	歳	ヶ月
記入者〔続柄〕	〔 〕		記入日	年	月	日

1歳児	<input type="checkbox"/> つかまり立ち、ひとり立ちをする <input type="checkbox"/> 手を出して、ものをつかむ <input type="checkbox"/> 「マンマ」「ブーブー」など片言を言う <input type="checkbox"/> 身の回りの大人や子どもに関心を示す <input type="checkbox"/> 名前を呼ばれたら振り向く
2歳児	<input type="checkbox"/> ころばずにひとりで歩く <input type="checkbox"/> 積み木をつんだり、ブロックをつないだりする <input type="checkbox"/> 簡単な問いかけに答える(「これなあに?」「ワンワン」など) <input type="checkbox"/> 子どものそばに寄っていったり、いっしょに遊んだりするのを喜ぶ <input type="checkbox"/> 禁止(だめ)が分かり、やめる
3歳児以上	食事は <input type="checkbox"/> ひとりで食べる <input type="checkbox"/> 食べさせる 衣類の着脱は <input type="checkbox"/> ひとりでする <input type="checkbox"/> してやる 用便は <input type="checkbox"/> ひとりでする <input type="checkbox"/> 知らせる <input type="checkbox"/> おむつ ことばは <input type="checkbox"/> 同年齢の子と会話ができる <input type="checkbox"/> 分かりにくい 友達は <input type="checkbox"/> 一緒に遊べる <input type="checkbox"/> 遊べない
乳幼児健康診査を受けましたか	<input type="checkbox"/> 受けた(受診した健康診査すべてにチェックしてください) (<input type="checkbox"/> 4ヶ月 <input type="checkbox"/> 9ヶ月 <input type="checkbox"/> 1歳6ヶ月 <input type="checkbox"/> 3歳) <input type="checkbox"/> 受けていない
そのとき、何か指導はありましたか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい [指導内容]
神戸市機関に相談したことや、大きな病気、ひきつけなどを起こして起こして病院に相談したことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 神戸市機関(こども家庭センター・総合療育センター・西部療育センター) <input type="checkbox"/> その他の病院() 受診科() 頻度() 受診内容() 期間 年 月 日から 年 月 日
障害者手帳は持っていますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(県・市 第 号 等級:) <input type="checkbox"/> 療育手帳 (県・市 第 号 等級:)
アトピーやアレルギーなどはありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり { <input type="checkbox"/> 気管支ぜんそく <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎
※上の設問で「あり」と回答した場合、除去食の必要がありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 原因食物 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他() ※除去食の提供が困難な場合は、弁当の持参をお願いする場合があります。
アナフィラキシーショック	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(エピペン: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)
その他、気になること、施設に伝えておきたいことがあればご記入ください	※お子さんがすこやか保育の対象になっている場合は必ずご記入ください。

平日に利用している施設の名称、連絡先をご記入ください。
内容確認のため、施設に連絡する場合があります。ご了承ください。

平日利用施設名	
連絡先	