

利用調整調査票（その2）

記入日 令和 年 月 日

保護者氏名	子どもの氏名	おうちでの呼び名	主に養育をする人	性別	生年月日
				男・女	平成 令和 年 月 日

◎ 子どもの保育状況

該当する番号に「○」印または必要事項を記入してください。

現在の 保育状況	1 自宅で保育（父・母）	2 同伴就労（父・母）	3 保育所・認定こども園・地域型保育事業	
	4 委託（親族（子どもとの続柄）・知人）⇒ 保育場所（自宅・相手宅）			
	5 職場内託児所（父・母）	利用期間（ 年 月頃～ ）		
	6 企業主導型保育事業（	利用頻度（ 日/週）		
	7 認可外保育施設	利用料（ 円/月）		
	8 その他（具体的に：)			
	利用できなかった場合の保育について、該当する番号に○をつけてください。			
	1 自宅で保育	2 同伴就労	3 職場内託児所を利用	
4 企業主導型保育事業を利用	5 認可外保育施設を利用	6 一時保育を利用（一時預かり事業）		
7 ファミリーサポートセンターを利用	8 親族による保育	9 その他（)		
再入所	申込み子どもの弟・妹の育児休業取得時に、保育施設等を退所した場合は、以下についてご記入ください。 退所した保育施設等名（) 施設等退所月（ 年 月）			

◎ 保健福祉センターでの健診受診

（受診済の健診欄に☑をつけ、運動面や言葉の発達面等で助言されている項目があれば、記入してください）

3か月健診 助言事項 なし・あり ()

1歳6か月健診 助言事項 なし・あり ()

3歳児健診 助言事項 なし・あり ()

未受診（次回 月 日に受診予定）

◎ 子どもの健康状況

該当する項目に「○」印または必要事項を記入してください。

★面談時に詳しくお聞きすることがあります

健康 状態	現在の 状況	〔出生時〕 () 週 () g () cm	
		〔現在〕 () 歳 () か月 () kg () cm	
		〔疾病〕 なし・※あり（治療中 経過観察中 治療済）	
		〔通院〕 なし・あり ⇒ 1年に1回以上の通院 なし・あり（★） ★1年に1回以上の継続的な通院がある場合は「対象児童用診断書」の提出が必要です。	
		〔医療的ケア〕 なし・あり 酸素吸入 導尿 喀痰吸引 薬液吸入 経管栄養（経鼻・胃ろう） 血糖測定 インスリン注入 人工肛門・尿管皮膚ろうの装具交換 コンタクトレンズ装着 その他：内容()	
疾病が「※あり」の場合は、お知らせください。			
通院機関や相談機関等		期間	診断名
		H・R 年 月 日～H・R 年 月 日	
		H・R 年 月 日～H・R 年 月 日	
		H・R 年 月 日～H・R 年 月 日	
		H・R 年 月 日～H・R 年 月 日	
〔その他〕			
アレルギー （食物アレルギー・アトピー性 皮膚炎等）	なし・あり（注1）⇒ アナフィラキシー なし・あり（原因：)		
	食物アレルギー ⇒（原因食物：)		
	その他アレルギー等 ⇒（状況：)		
（注1）ありの方で、食事面や生活面での配慮が必要になる場合、医師の指示が必要になります。 上記以外で、食べたり飲んだりしてはいけない食材はありますか なし・あり（理由：)			
★詳しくは、入所の際にお聞きします。			

※本市記入欄（区担当者以外記入しないで下さい。）

父点数	母点数	代替点数	世帯点数	就労点数	きょうだい点数	その他	総点数

裏面に続く

生活状況	運動機能 状況	首のすわり ・ 寝返り ・ はいはい ・ つかまり立ち ・ つたい歩き 歩き始め (歳 か月頃) ・ 歩行が不安定 ・ 全面介助 物をつかみにくい ・ 手をだして物をつかむ ・ 指先で物をつまむ ・ なぐりがきができる その他 ()		
	言葉	喃語 ・ 単語 ・ 二語文 ・ 会話ができる (日本語 ・ 語) 話し始め (歳 か月頃) ・ その他 ()		
	意思の伝達	指さし ・ 言葉 ・ しぐさ ・ その他 ()		
	衣服の 着脱	大人にしてもらう ・ 手助けすればしようとする 自分でできる ⇒ 脱げる (上 ・ 下) ・ 着られる (上 ・ 下) ・ ボタンができる その他 ()		
	食事	[形態]	ミルク (母乳 ・ 粉 ・ 混合) ・ 離乳食 (初期食 ・ 中期食 ・ 後期食 ・ 完了期) 普通食 ・ その他 ()	
		[介助状況]	食べさせてもらう ・ 手伝いが必要 ・ 手づかみで食べる 一人で食べる (スプーン ・ 箸) コップで飲める (自分でもって飲める ・ 介助をすると飲める ・ 飲めない) その他 ()	
		[咀嚼の状況]	よくかむ ・ かむ力が弱い ・ かまずに飲み込む	
		[嚥下の状況]	飲み込める ・ 飲み込みにくいが (固形物 ・ ドロドロ ・ 水分) は飲み込める 飲み込めない ・ その他 ()	
	排泄	[食べる量]	おとなと同じ ・ おとなの半分 ・ おとなの1/3 ・ その他 () 好きな食べ物 () 苦手な食べ物 () 苦手な食べ物は： はげませば食べれる ・ はげましても食べれない ・ その他 ()	
		[オムツの使用]	オムツを使用 ・ 出たら知らせる (大便 ・ 小便) ・ 出る前に知らせる 自立している ・ その他 ()	
[睡眠]		寝つきは良い ・ 寝つきは悪い ・ 眠りが浅い ・ 睡眠のリズムは一定である ・ その他 ()		
★障がい者手帳等 (手帳の写しの提出が 必要です)	障がい名			
	身体障がい者手帳	なし ・ 申請中 ・ あり (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6) 級		
	療育手帳	なし ・ 申請中 ・ あり (A ・ B1 ・ B2)		
	精神障がい者保健福祉手帳	なし ・ 申請中 ・ あり (1 ・ 2 ・ 3) 級		
	児童発達支援等の 障がいサービス	なし ・ あり 利用サービス名 ()		
	特別児童扶養手当受給	なし ・ 申請中 ・ あり (1 ・ 2) 級		
他機関の利用 (通園施設・訓練機関・相談機関等)		期間	症状 (判定結果を含む)	
		H・R 年 月 日～H・R 年 月 日		
		H・R 年 月 日～H・R 年 月 日		
		H・R 年 月 日～H・R 年 月 日		
発達状況 (子どもの健康や発達に関し家庭で気をつけていること・気になることがあれば記入してください。)				