

Status of Applicant Child

Date Filled Out: (MM) (DD) (YY)

	(1) Name of Applicant Child	(2) Name of Applicant Child	(3) Name of Applicant Child
At Birth	At how many weeks did you give birth? () weeks	() weeks	() weeks
	Condition at Birth <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal <In detail>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal <In detail>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal <In detail>
	Height and Weight at Birth Height () cm Weight () g	Height () cm Weight () g	Height () cm Weight () g
Health Checkup	Did you have your child undergo health checkup for infants? <input type="checkbox"/> 4 to 5 months old <input type="checkbox"/> 8 to 10 months old <input type="checkbox"/> 18 months old <input type="checkbox"/> 3 years and 6 months old	<input type="checkbox"/> 4 to 5 months old <input type="checkbox"/> 8 to 10 months old <input type="checkbox"/> 18 months old <input type="checkbox"/> 3 years and 6 months old	<input type="checkbox"/> 4 to 5 months old <input type="checkbox"/> 8 to 10 months old <input type="checkbox"/> 18 months old <input type="checkbox"/> 3 years and 6 months old
	Did you receive any advice or instruction at health checkup? <In detail>	<In detail>	<In detail>
Health Condition	Does the child currently go to or consult any hospital or facility for chronic disease? Yes No (1) Name of Disease () (2) Name of Hospital () (3) Outpatient Visit (around _ times per year/month/week)	Yes No (1) Name of Disease () (2) Name of Hospital () (3) Outpatient Visit (around _ times per year/month/week)	Yes No (1) Name of Disease () (2) Name of Hospital () (3) Outpatient Visit (around _ times per year/month/week)
	Is the child on any medication? Yes No _ times per day <input type="checkbox"/> in the morning <input type="checkbox"/> in the afternoon <input type="checkbox"/> in the evening Type of Medicine ()	Yes No _ times per day <input type="checkbox"/> in the morning <input type="checkbox"/> in the afternoon <input type="checkbox"/> in the evening Type of Medicine ()	Yes No _ times per day <input type="checkbox"/> in the morning <input type="checkbox"/> in the afternoon <input type="checkbox"/> in the evening Type of Medicine ()
	Has the child had any major illnesses before? Yes No (1) Name of Disease () (2) Symptom () (3) Name of Hospital () (4) Hospitalization Period (-) (5) Current Condition	Yes No (1) Name of Disease () (2) Symptom () (3) Name of Hospital () (4) Hospitalization Period (-) (5) Current Condition	Yes No (1) Name of Disease () (2) Symptom () (3) Name of Hospital () (4) Hospitalization Period (-) (5) Current Condition
	Has the child ever had convulsions? Yes No <input type="checkbox"/> Febrile convulsion <input type="checkbox"/> Others Number of Times: around _ times Latest one: (MM) (YY)	Yes No <input type="checkbox"/> Febrile convulsion <input type="checkbox"/> Others Number of Times: around _ times Latest one: (MM) (YY)	Yes No <input type="checkbox"/> Febrile convulsion <input type="checkbox"/> Others Number of Times: around _ times Latest one: (MM) (YY)
	Does the child have any allergies? Yes No <input type="checkbox"/> Egg <input type="checkbox"/> Milk <input type="checkbox"/> Wheat <input type="checkbox"/> Others ()	Yes No <input type="checkbox"/> Egg <input type="checkbox"/> Milk <input type="checkbox"/> Wheat <input type="checkbox"/> Others ()	Yes No <input type="checkbox"/> Egg <input type="checkbox"/> Milk <input type="checkbox"/> Wheat <input type="checkbox"/> Others ()
	Is your child seeing a doctor regularly? Yes No (1) Name of Disease () (2) Name of Hospital () (3) Outpatient Visit (around __ times per year/month/week)	Yes No (1) Name of Disease () (2) Name of Hospital () (3) Outpatient Visit (around __ times per year/month/week)	Yes No (1) Name of Disease () (2) Name of Hospital () (3) Outpatient Visit (around __ times per year/month/week)
	*In case food causing allergies must be excluded from school meals, you must submit certificate related to the allergy (such as Lifestyle Management Guidance Form for Allergic Disease at a childcare center) to the facility after informal decision is made.		
Language/Development	Do you or will you go to or consult any hospital or facility for child's language and development? Yes No Name of Hospital () Name of Facility () ⇒Details	Yes No Name of Hospital () Name of Facility () ⇒Details	Yes No Name of Hospital () Name of Facility () ⇒Details
	Presence of Disabilities / Issuance of Disability Handbook Yes No <input type="checkbox"/> Physical Disability Handbook Grade: <input type="checkbox"/> Special Education Handbook	Yes No <input type="checkbox"/> Physical Disability Handbook Grade: <input type="checkbox"/> Special Education Handbook	Yes No <input type="checkbox"/> Physical Disability Handbook Grade: <input type="checkbox"/> Special Education Handbook
Others	Do you have any concern about child's health and development before enrollment? Yes No <In detail>	Yes No <In detail>	Yes No <In detail>

*We may conduct a further interview at the interview after informal decision is made.

児童の状況

記入日：令和 年 月 日

		①児童氏名	②児童氏名	③児童氏名
出生時	妊娠何週で生まれましたか？	() 週	() 週	() 週
	生まれた時の状況	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり<具体的に>	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり<具体的に>	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり<具体的に>
	生まれた時の身長・体重	身長()cm 体重()g	身長()cm 体重()g	身長()cm 体重()g
健康診査	乳幼児健康診査を受診していますか？	<input type="checkbox"/> 4~5か月 <input type="checkbox"/> 8~10か月 <input type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 3歳6か月	<input type="checkbox"/> 4~5か月 <input type="checkbox"/> 8~10か月 <input type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 3歳6か月	<input type="checkbox"/> 4~5か月 <input type="checkbox"/> 8~10か月 <input type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 3歳6か月
	健康診査時に助言や指導を受けましたか？	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> <具体的に>	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> <具体的に>	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> <具体的に>
健康状況	慢性的な病気等で、現在病院や施設等に通院又は相談をしていますか？	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ①病名() ②病院名() ③通院(年.月.週 回数)	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ①病名() ②病院名() ③通院(年.月.週 回数)	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ①病名() ②病院名() ③通院(年.月.週 回数)
	常時服用している薬はありますか？	ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 1日 回 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 薬の種類 ()	ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 1日 回 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 薬の種類 ()	ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 1日 回 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 薬の種類 ()
	過去に大きな病気にかかったことがありますか？	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ①病名() ②症状() ③病院名() ④入院期間(~) ⑤現在の状況	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ①病名() ②症状() ③病院名() ④入院期間(~) ⑤現在の状況	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ①病名() ②症状() ③病院名() ④入院期間(~) ⑤現在の状況
	ひきつけを起こしたことがありますか？	ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> その他 回数 回位 最終 年 月	ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> その他 回数 回位 最終 年 月	ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> その他 回数 回位 最終 年 月
	アレルギーはありますか？	ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他 ()	ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他 ()	ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他 ()
	病院を受診していますか？	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ①病名() ②病院名() ③通院(年.月.週 回数)	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ①病名() ②病院名() ③通院(年.月.週 回数)	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ①病名() ②病院名() ③通院(年.月.週 回数)
※ アレルギー原因食品を給食から除く必要がある場合、内定後にアレルギーに関する証明書(保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表等)を施設へ提出していただきます。				
言葉・発達	言葉や発達について、現在通所・相談している、もしくは相談を考えている病院や施設等がありますか？	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 病院名() 施設名() ⇒内容	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 病院名() 施設名() ⇒内容	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 病院名() 施設名() ⇒内容
	障がいの有無・手帳の交付	ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳	ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳	ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳
その他	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> <具体的に>	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> <具体的に>	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> <具体的に>	

※内定面接時に、更に聞き取りをする場合があります。