

子供のチェックシート

本紙記載の情報が提供会員に提供されることに同意します。 記入日 年 月 日

保護者名 子供の名前 生年月日 年 月 日

お子様についてお尋ねします。(0か月～11か月)

・哺乳瓶やストロー、コップでミルクを飲むことができますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・ペットがいる提供会員宅へ、預けることができますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・アレルギーはありますか。 <input type="checkbox"/> はい (以下の質問にご回答ください) ①アレルギーの種類はなんですか。 () ②どんな症状が出ますか。 () ③頓用薬(例エピペン)はお持ちですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 薬の種類 ()		<input type="checkbox"/> いいえ
・経過観察が必要と医師から言われたことがありますか。 <input type="checkbox"/> はい どの様なことですか。差し支えなければ診断名をお知らせください。 ()		<input type="checkbox"/> いいえ
・安全な活動の為に、伝えておくことがありますか。 <input type="checkbox"/> はい ()		<input type="checkbox"/> いいえ

1か月頃

・裸にすると手足をよく動かしますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・お乳をよく飲みますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・大きな音にビクッと手足を伸ばしたり、泣き出すことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

3～4か月頃

・首が座ったのはいつですか。(支えなしで首がぐらつかなくなった時)	月 日頃
・あやすとよく笑いますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

6～7か月頃

・寝返りをしたのはいつですか。	月 日頃
・支えなくてもひとりで座れたのはいつですか。	月 日頃
・からだのそばにあるおもちゃに手をのぼしてつかみますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
・家族といっしょにいるとき、はなしかけるような声を出しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

9～10か月頃

・はいはいをしたのはいつですか。	月 日頃
・つかまり立ちをしたのはいつですか。	月 日頃
・指で小さいものをつまみますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
・機嫌よくひとり遊びができますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
・後追いをしますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

同意事項

・事業説明書全般について、内容を理解し、遵守します。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・事業説明書の「会員の約束」(8ページ)及び「依頼会員の心得」(9ページ)の内容・趣旨をよく理解し、会員同士が円滑に活動できるように協力することに同意します。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・安全な活動の為に、「医師の意見書」の提出や、面接、所属されている保育所・幼稚園・小学校・医療機関等のお子様の情報をセンターへ提供することに同意します。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

お子様についてお尋ねします。(1歳~2歳)

・ペットがいる提供会員宅へ、預けることができますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・アレルギーはありますか。□はい (以下の質問にご回答ください。) ①アレルギーの種類はなんですか。 () ②どんな症状が出ますか。 () ③頓用薬(例エピペン)はお持ちですか。 □いいえ □はい 薬の種類 ()		<input type="checkbox"/> いいえ
・経過観察が必要と医師から言われたことがありますか。 □はい どの様なことですか。差し支えなければ診断名をお知らせください。 []		<input type="checkbox"/> いいえ
・安全な活動の為に、伝えておくことがありますか。 □はい []		<input type="checkbox"/> いいえ

1歳の頃

・つたい歩きをしたのはいつですか。		月 日頃
・バイバイ、コンニチハなどの身振りをしますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・音楽に合わせて、からだを楽しそうに動かしますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・大人の言う簡単な言葉(おいで、ちょうだいなど)がわかりますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・部屋の離れたところにあるおもちゃを指さすと、その方向を見ますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・一緒に遊ぶと喜びますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

1歳6か月の頃

・ひとり歩きをしたのはいつですか。		歳 月頃
・ママ、ぶーぶーなどの意味のある言葉をいくつか話しますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・自分でコップを持って飲めますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

2歳の頃

・走ることができますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・テレビや大人の身振りのまねをしますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・二語文(ワンワンキタ、マンマチョウダイ)などを言いますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

同意事項

・事業説明書全般について、内容を理解し、遵守します。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・事業説明書の「会員の約束」(8ページ)及び「依頼会員の心得」(9ページ)の内容・趣旨をよく理解し、会員同士が円滑に活動できるように協力することに同意します。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・安全な活動の為に、「医師の意見書」の提出や、面接、所属されている保育所・幼稚園・小学校・医療機関等のお子様の情報をセンターへ提供することに同意します。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

お子様についてお尋ねします。(3歳～4歳)

・ペットがいる提供会員宅へ、預けることができますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・アレルギーはありますか。 <input type="checkbox"/> はい (以下の質問にご回答ください。 ①アレルギーの種類はなんですか。 () ②どんな症状が出ますか。 () ③頓用薬(例エピペン)はお持ちですか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 薬の種類 ()		<input type="checkbox"/> いいえ
・経過観察が必要と医師から言われたことがありますか。 <input type="checkbox"/> はい どの様なことですか。差し支えなければ診断名をお知らせください。 ()		<input type="checkbox"/> いいえ
・信号など安全確認の為に、止まってと言われたら止まりますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・安全な活動の為に、伝えておくことがありますか。 <input type="checkbox"/> はい ()		<input type="checkbox"/> いいえ
・こだわりが強いですか。 <input type="checkbox"/> はい どの様なこだわりですか ()		<input type="checkbox"/> いいえ

3歳の頃

・手を使わずにひとりで階段を登れますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・クレヨンなどで丸(円)を書きますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・衣服の着脱をひとりでしたがりですか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・自分の名前が言えますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・耳の聞こえが悪いのではないかと気になりますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・ままごと、ヒーローごっこなど、ごっこ遊びができますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・遊び友達がいますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

4歳の頃

・階段の2、3段目の高さから飛びおりるようなことをしますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・片足でケンケンをしてとびますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・自分の経験したことをお母さんやお父さんに話しますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・お手本を見て十字が描けますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・衣服の着脱ができますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・友達とごっこ遊びをしますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・おしっこをひとりですみますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

同意事項

・事業説明書全般について、内容を理解し、遵守します。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・事業説明書の「会員の約束」(8ページ)及び「依頼会員の心得」(9ページ)の内容・趣旨をよく理解し、会員同士が円滑に活動できるように協力することに同意します。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・安全な活動の為に、「医師の意見書」の提出や、面接、所属されている保育所・幼稚園・小学校・医療機関等のお子様の情報をセンターへ提供することに同意します。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

お子様についてお尋ねします。(5歳～6歳)

・ペットがいる提供会員宅へ、預けることができますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・アレルギーはありますか。 <input type="checkbox"/> はい (以下の質問にご回答ください。 ①アレルギーの種類はなんですか。 () ②どんな症状が出ますか。 () ③頓用薬(例エピペン)はお持ちですか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 薬の種類 ()		<input type="checkbox"/> いいえ
・経過観察が必要と医師から言われたことがありますか。 <input type="checkbox"/> はい どの様なことですか。差し支えなければ診断名をお知らせください。 ()		<input type="checkbox"/> いいえ
・信号など安全確認の為に、止まってと言われたら止まりますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・安全な活動の為に、伝えておくことがありますか。 <input type="checkbox"/> はい ()		<input type="checkbox"/> いいえ
・こだわりが強いですか。 <input type="checkbox"/> はい どの様なこだわりですか ()		<input type="checkbox"/> いいえ

5歳の頃

・でんぐり返しができますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・思い出して絵を描くことができますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・色(赤、黄、緑、青)がわかりますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・はっきりした発音で話ができますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・うんちをひとりでしますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・幼稚園、保育所などの集団生活になじみ、楽しく過ごしていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・動物や花をかわいがったり、他人を思いやる気持ちを持ったりしているようですか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・お話を読んであげるとその内容が分かるようになりましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

6歳の頃

・片足で5～10秒間立っていられますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・四角の形をまねて書けますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・自分の「前後」「左右」がおおよそわかりますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・ひらがなの自分の名前を読んだり、書いたりできますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・おもちゃやお菓子などを欲しくても我慢できるようになりましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・約束やルールを守って遊べますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

同意事項

・事業説明書全般について、内容を理解し、遵守します。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・事業説明書の「会員の約束」(8ページ)及び「依頼会員の心得」(9ページ)の内容・趣旨をよく理解し、会員同士が円滑に活動できるように協力することに同意します。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・安全な活動の為に、「医師の意見書」の提出や、面接、所属されている保育所・幼稚園・小学校・医療機関等のお子様の情報をセンターへ提供することに同意します。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

お子様についてお尋ねします。(小学生)		
・ペットがいる提供会員宅へ、預けることができますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・アレルギーはありますか。 <input type="checkbox"/> はい (以下の質問にご回答ください。)		<input type="checkbox"/> いいえ
①アレルギーの種類はなんですか。 ()		
②どんな症状が出ますか。 ()		
③頓用薬(例エピペン)はお持ちですか。 <input type="checkbox"/> はい 薬の種類をお知らせください。 ()	<input type="checkbox"/> いいえ	
・経過観察が必要と医師から言われたことがありますか。 <input type="checkbox"/> はい どの様なことですか。差し支えなければ診断名をお知らせください。 []		<input type="checkbox"/> いいえ
・お友達と約束やルールを守って遊べますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・信号など安全確認の為に、止まってと言われたら止まりますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・こだわりが強いですか。 <input type="checkbox"/> はい どの様なこだわりですか []		<input type="checkbox"/> いいえ
・安全な活動の為に、伝えておくことがありますか。 <input type="checkbox"/> はい (例) 予定が急に変更になると、パニックを起こすことがある。しばらく待つて説明を すると、落ち着く。その際、身体に触ると余計にパニックを助長します。 []		<input type="checkbox"/> いいえ

同意事項		
・事業説明書全般について、内容を理解し、遵守します。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・事業説明書の「会員の約束」(8ページ)及び「依頼会員の心得」(9ページ)の内容・趣旨をよく理解し、会員同士が円滑に活動できるように協力することに同意します。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・安全な活動の為に、「医師の意見書」の提出や、面接、所属されている保育所・幼稚園・小学校・医療機関等のお子様の情報をセンターへ提供することに同意します。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ