

児童の成育状況

0・1・2歳児

★お子様の成育状況についてお尋ねしますので、該当するところに記入又はチェックをつけてください。
★記入後にアレルギー等の状況が変わった際には、保育課にご連絡ください。

児童名	ふりがな	性別	生年月日	年 月 日 生
		男 女	電話番号 希望する園	第一希望の園
出生歴	<ul style="list-style-type: none"> ・妊娠中の状況・・・<input type="checkbox"/>異常なし <input type="checkbox"/>その他（病名： ） ・妊娠期間・・・・・・ 妊娠（ ）週 ・分娩の状況・・・・・・<input type="checkbox"/>普通分娩 <input type="checkbox"/>吸引分娩 <input type="checkbox"/>帝王切開 <input type="checkbox"/>その他（病名： ） ・出生時の状況・・・・<input type="checkbox"/>異常なし <input type="checkbox"/>仮死 <input type="checkbox"/>強い黄疸 <input type="checkbox"/>けいれん <input type="checkbox"/>酸素使用（ 日） <input type="checkbox"/>保育器使用（ 日）<input type="checkbox"/>その他（病名： ） <input type="checkbox"/>不明 体重（ ）g 身長（ ）cm 			
	<ul style="list-style-type: none"> ・現在の状況 体重（ ）kg 身長（ ）cm 			
発育	<ul style="list-style-type: none"> ・首のすわり [月 から] ・寝返り [月 から] ・おすわり [月 から] ・はいはい [月 から] ・つかまり立ち [月 から] ・歩き始め [月 から] (2~3歩) 			
	<ul style="list-style-type: none"> ※（ ）内の時期は個人差があります。 <input type="checkbox"/>人に向かっておしゃべりしようとする (4~10か月頃) <input type="checkbox"/>なにか欲しいものがある時、指をさして要求する (11~1歳3か月頃) <input type="checkbox"/>「〇〇ちょうだい」と言われ、持ってくる (1歳~1歳半頃) <input type="checkbox"/>バイバイなどの身振りをする (1歳~1歳半頃) <input type="checkbox"/>身近な人と手をつないで歩ける (1歳半頃~) <input type="checkbox"/>何かに興味を持った時、指さしで伝えようとする (1歳半~) <input type="checkbox"/>「ワンワきた」など2つ つなげたことばを話す (1歳半~2歳半頃) <input type="checkbox"/>絵本を見て知っている物の指さしや名前を言える (2歳~) 			
排泄	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>オムツ <input type="checkbox"/>夜だけオムツ ・オムツに出してから → <input type="checkbox"/>動作 <input type="checkbox"/>表情 <input type="checkbox"/>言葉で教える <input type="checkbox"/>トイレトレーニング中 → <input type="checkbox"/>おしっこが出たとなると教える <input type="checkbox"/>時間をみてトイレに誘う <input type="checkbox"/>トイレでできる → <input type="checkbox"/>排尿 <input type="checkbox"/>排便 <input type="checkbox"/>手伝ってもらえばできる <input type="checkbox"/>オムツが取れている 			
睡眠	<ul style="list-style-type: none"> ・夜の睡眠時間 [時 ~ 時くらいまで] ・眠る場所 <input type="checkbox"/>ベッド <input type="checkbox"/>布団 <input type="checkbox"/>その他（ ） ・寝かせ方 <input type="checkbox"/>ひとりで寝る <input type="checkbox"/>誰かと一緒 <input type="checkbox"/>だっこで寝る <input type="checkbox"/>うつぶせ寝 ・睡眠時などに、無呼吸や呼吸が不規則になったことがありますか <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある ・くせ <input type="checkbox"/>おしゃぶriを使う → <input type="checkbox"/>なくても大丈夫 <input type="checkbox"/>無いとなかなか眠らない <input type="checkbox"/>タオルをつかんで寝る → <input type="checkbox"/>なくても大丈夫 <input type="checkbox"/>無いとなかなか眠らない <input type="checkbox"/>指しゃぶri <input type="checkbox"/>その他のくせ（ ）] 			
体質	<ul style="list-style-type: none"> 【あてはまるものにチェックをしてください】 <input type="checkbox"/>風邪をひきやすい <input type="checkbox"/>熱がしやすい <input type="checkbox"/>湿疹が出やすい <input type="checkbox"/>下痢をしやすい <input type="checkbox"/>吐きやすい <input type="checkbox"/>便秘症(日以上) <input type="checkbox"/>その他（ ） <input type="checkbox"/>アレルギー体質 { <input type="checkbox"/>アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/>喘息 <input type="checkbox"/>薬過敏 (薬名： 症状：) <input type="checkbox"/>その他 () 			平熱 熱 ℃

今までにかかった病気	【あてはまるものがあれば、発症した年齢を記入してください】	
	<ul style="list-style-type: none"> ・麻疹（はしか） [か月頃] ・水痘（水ぼうそう） [か月頃] ・風疹（三日ばしか） [か月頃] ・おたふく風邪 [か月頃] ・百日咳 [か月頃] ・突発性発疹 [か月頃] ・川崎病 [か月頃] ・心臓病 [か月頃] ・肺炎 [か月頃] ・気管支炎 [か月頃] ・扁桃炎 [か月頃] ・中耳炎 [か月頃] ・喘息 [か月頃] 	<ul style="list-style-type: none"> ・ひきつけ・（けいれん） [か月頃] ※回数（ 回） ※原因 { <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>熱（ °C）が出た時起こる <input type="checkbox"/>熱が出なくても起こる <input type="checkbox"/>泣いたとき起こる ・脱臼 [か月頃] ※脱臼部分 [] ・その他① [か月頃] (病名) ・その他② [か月頃] (病名)

現在、治療中の病気はありますか 有り (通院 服薬 その他) 無し
 有り と答えた方 ※病名 () ※病院名 ()
 ※通院状況 ()

接種防	【一度でも受けたことのある予防接種にチェックをつけてください】			
	<input type="checkbox"/> ヒブ(Hib)	<input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌	<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> 4種混合
	<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合	<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> 日本脳炎
	<input type="checkbox"/> ロタウイルス（任意）		<input type="checkbox"/> おたふくかぜ（任意）	

健診等	・1か月児健診	<input type="checkbox"/> 受けていない	<input type="checkbox"/> 受けた →	<input type="checkbox"/> 心配なし	<input type="checkbox"/> その他 []
	・3～4か月児	<input type="checkbox"/> 受けていない	<input type="checkbox"/> 受けた →	<input type="checkbox"/> 心配なし	<input type="checkbox"/> その他 []
	・6～7か月児	<input type="checkbox"/> 受けていない	<input type="checkbox"/> 受けた →	<input type="checkbox"/> 心配なし	<input type="checkbox"/> その他 []
	・9～10か月児	<input type="checkbox"/> 受けていない	<input type="checkbox"/> 受けた →	<input type="checkbox"/> 心配なし	<input type="checkbox"/> その他 []
	・1歳児	<input type="checkbox"/> 受けていない	<input type="checkbox"/> 受けた →	<input type="checkbox"/> 心配なし	<input type="checkbox"/> その他 []
	・1歳6か月児	<input type="checkbox"/> 受けていない	<input type="checkbox"/> 受けた →	<input type="checkbox"/> 心配なし	<input type="checkbox"/> その他 []

定期健診などで助言を受けたことがあればご記入ください。
()

★ 食事について（現在の状況）

・内容 母乳 粉ミルク 混合 ・粉ミルクのメーカー []
離乳食開始[満 か月頃から] ・1回のミルクの量と回数 [ml 回]
 ※ 離乳初期(5～6か月頃) 離乳中期(7～8か月頃) 離乳後期(9～11か月頃) 離乳の完了
幼児食

【どのような物を使っていますか】
哺乳瓶 コップ ストロー マグ スプーン フォーク はし その他 ()
手づかみ 手伝ってもらって食べる 1人で食べる

★ お子様に食物アレルギーはありますか 無し 有り
 有りの場合 医師の診断 無し 有り
 (原因食品:) (症状:)

【入所するにあたって、伝えておきたいことや気がかりなことがありましたら、詳しく記入してください。】
 (食事・排泄・発育・睡眠・アレルギー・体調・疾病など具体的にお願います)

調査員記入欄	調査員氏名 ()
--------	-----------