

児童の成育状況

3・4・5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	電話番号				
		女	希望する園	第一希望の園			
出生の状況	<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"/> 低体重 <input type="checkbox"/> 強い黄疸 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 保育器使用（_____）日 <input type="checkbox"/> 酸素使用（_____）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 						
遊 び ・ 行 動	<ul style="list-style-type: none"> ・親から離れて遊べますか <input type="checkbox"/> 離れて遊ぶ <input type="checkbox"/> 慣れれば離れる <input type="checkbox"/> 離れられない ・どのような遊びをしていますか 室内遊び（_____） 屋外遊び（_____） ・お友達とよく遊べますか <input type="checkbox"/> よく遊ぶ <input type="checkbox"/> なかなか遊べない <input type="checkbox"/> ひとりが好き ・興味がある遊びばかりしたがりですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・身近な人と手をつないで歩けますか <input type="checkbox"/> 歩ける <input type="checkbox"/> ひとりで歩きたがる ・食事は座って食べられますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・偏食はありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・着替えは自分でできますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえればできる <input type="checkbox"/> いいえ 						
排 泄	<ul style="list-style-type: none"> ・おしっこは自分でできますか <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえればできる <input type="checkbox"/> できない ・うんちは自分でできますか <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえればできる <input type="checkbox"/> できない ↳うんちの頻度はどうですか <input type="checkbox"/> 毎日でる <input type="checkbox"/> 便秘ぎみ（_____）日に1度くらい ・排便の始末は自分でできますか <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえればできる <input type="checkbox"/> できない 						
体 質	<input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> 熱がでやすい <input type="checkbox"/> 湿疹が出やすい <input type="checkbox"/> じんましんがでやすい <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい <input type="checkbox"/> 便秘がち <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎						平熱 ℃
く せ	<input type="checkbox"/> つめをかむ <input type="checkbox"/> 指しゃぶり <input type="checkbox"/> その他（_____）（具体的に）						
健 診 等	<ul style="list-style-type: none"> ・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か月～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か月～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か月～11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 [_____] ・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 [_____] ・2歳6か月児（歯科健診） <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。 （_____）						
★お子様に食物アレルギーはありますか <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 有りの場合 医師の診断 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り （原因食品：_____） （症状：_____）							

言語 発達 ・ 行動 発達	【言語と発音について】…何か心配はありますか <input type="checkbox"/> 心配なし <input type="checkbox"/> 心配あり																																																																																							
	<input type="checkbox"/> 心配ありと答えた方について (右記の欄で当てはまるものに チェックをしてください)	<input type="checkbox"/> 赤ちゃん言葉が残っている <input type="checkbox"/> 発音が不明瞭で言葉が伝わらない <input type="checkbox"/> 単語だけしか話さない <input type="checkbox"/> 同年齢の子どもとの会話が苦手 <input type="checkbox"/> まわりの人の言うことがわからない <input type="checkbox"/> ほとんど話さない <input type="checkbox"/> 言葉がつまったり繰り返したりする																																																																																						
	【運動機能について】……何か心配はありますか <input type="checkbox"/> 心配なし <input type="checkbox"/> 心配あり																																																																																							
	<input type="checkbox"/> 心配ありと答えた方について (右記の欄で当てはまるものに チェックをしてください)	<input type="checkbox"/> 転びやすい <input type="checkbox"/> 階段の昇降に時間がかかる <input type="checkbox"/> 立っているときや座っているときに体が曲がりやすい																																																																																						
	【耳・鼻・目について】…何か心配はありますか <input type="checkbox"/> 心配なし <input type="checkbox"/> 心配あり																																																																																							
<input type="checkbox"/> 心配ありと答えた方について (右記の欄で当てはまるものに チェックをしてください)	<input type="checkbox"/> 呼んでも振り向かない <input type="checkbox"/> いつも口を開けている <input type="checkbox"/> 小さな音(鈴の音)に反応しない <input type="checkbox"/> 首をかしげてものを見ようとする <input type="checkbox"/> 目を細めたり、近くでものを見ようとする																																																																																							
【精神発達について】……何か心配はありますか <input type="checkbox"/> 心配なし <input type="checkbox"/> 心配あり																																																																																								
<input type="checkbox"/> 心配ありと答えた方について (右記の欄で当てはまるものに チェックをしてください)	<input type="checkbox"/> 絵本やテレビを見るが内容の理解ができていない <input type="checkbox"/> 初めてすることや初めての場所を嫌がる <input type="checkbox"/> 時々ぼんやりしたり、ボーっとしている時がある <input type="checkbox"/> 動き回って落ち着きがない <input type="checkbox"/> 友達、親、兄弟に関心が無く自分の遊びに集中する																																																																																							
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】																																																																																							
	<table border="0"> <tr> <td>・麻疹(はしか)</td> <td>[</td> <td>歳頃</td> <td>]</td> <td>・扁桃炎</td> <td>[</td> <td>歳頃</td> <td>]</td> </tr> <tr> <td>・水痘(水ぼうそう)</td> <td>[</td> <td>歳頃</td> <td>]</td> <td>・中耳炎</td> <td>[</td> <td>歳頃</td> <td>]</td> </tr> <tr> <td>・風疹(三日ばしか)</td> <td>[</td> <td>歳頃</td> <td>]</td> <td>・喘息</td> <td>[</td> <td>歳頃</td> <td>]</td> </tr> <tr> <td>・おたふく風邪</td> <td>[</td> <td>歳頃</td> <td>]</td> <td>・ひきつけ(けいれん)</td> <td>[</td> <td>歳頃</td> <td>]</td> </tr> <tr> <td>・百日咳</td> <td>[</td> <td>歳頃</td> <td>]</td> <td>回数()</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>・突発性発疹</td> <td>[</td> <td>歳頃</td> <td>]</td> <td><input type="checkbox"/> 熱(°C)が出た時に起こる</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>・川崎病</td> <td>[</td> <td>歳頃</td> <td>]</td> <td><input type="checkbox"/> 熱がでなくても起こる <input type="checkbox"/> 泣いた時に起こる</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>・心臓病</td> <td>[</td> <td>歳頃</td> <td>]</td> <td>・脱臼</td> <td>[</td> <td>歳頃</td> <td>]</td> </tr> <tr> <td>・肺炎</td> <td>[</td> <td>歳頃</td> <td>]</td> <td>脱臼しやすい部位()</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>・気管支炎</td> <td>[</td> <td>歳頃</td> <td>]</td> <td>・その他①</td> <td>[</td> <td>歳頃</td> <td>]</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>(病名)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	・麻疹(はしか)	[歳頃]	・扁桃炎	[歳頃]	・水痘(水ぼうそう)	[歳頃]	・中耳炎	[歳頃]	・風疹(三日ばしか)	[歳頃]	・喘息	[歳頃]	・おたふく風邪	[歳頃]	・ひきつけ(けいれん)	[歳頃]	・百日咳	[歳頃]	回数()				・突発性発疹	[歳頃]	<input type="checkbox"/> 熱(°C)が出た時に起こる				・川崎病	[歳頃]	<input type="checkbox"/> 熱がでなくても起こる <input type="checkbox"/> 泣いた時に起こる				・心臓病	[歳頃]	・脱臼	[歳頃]	・肺炎	[歳頃]	脱臼しやすい部位()				・気管支炎	[歳頃]	・その他①	[歳頃]					(病名)		
・麻疹(はしか)	[歳頃]	・扁桃炎	[歳頃]																																																																																	
・水痘(水ぼうそう)	[歳頃]	・中耳炎	[歳頃]																																																																																	
・風疹(三日ばしか)	[歳頃]	・喘息	[歳頃]																																																																																	
・おたふく風邪	[歳頃]	・ひきつけ(けいれん)	[歳頃]																																																																																	
・百日咳	[歳頃]	回数()																																																																																				
・突発性発疹	[歳頃]	<input type="checkbox"/> 熱(°C)が出た時に起こる																																																																																				
・川崎病	[歳頃]	<input type="checkbox"/> 熱がでなくても起こる <input type="checkbox"/> 泣いた時に起こる																																																																																				
・心臓病	[歳頃]	・脱臼	[歳頃]																																																																																	
・肺炎	[歳頃]	脱臼しやすい部位()																																																																																				
・気管支炎	[歳頃]	・その他①	[歳頃]																																																																																	
				(病名)																																																																																				
現在、治療中の病気はありますか <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/> その他) 有り と答えた方 ⇒ [病名 病院名]																																																																																								
予防接種	【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"/> 麻疹しん風しん混合 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> ロタワクチン(任意) <input type="checkbox"/> おたふくかぜワクチン(任意)																																																																																							
【保育所等に入所するにあたって、このことは是非伝えておきたいということはあるですか】																																																																																								

調査員記入欄	調査員氏名 ()
--------	-----------