

地区名：  
区

# 児童の成育状況 0歳児クラス

(R2年度改正)

記入日： 令和 年 月 日

名前	ふりがな	性別	生年月日	令和 年 月 日生	ヶ月 第 子
		男	電話	( )	
前		女	希望する園	保育園(第一希望園)	
出生歴	妊娠中の母の疾病状況	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 有 → (病名 )			
	妊娠期間	( 週)			
	分娩の状況	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 有 → (病名 )			
	出生時体重	( グラム)			
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 <input type="checkbox"/> 保育器使用 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
発育の様子・生活	首のすわり( ヶ月頃)	寝返り( ヶ月頃)	おすわり( ヶ月頃)		
	ハイハイ( ヶ月頃)	歩きはじめ( ヶ月頃)			
	歩行ができますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ( <input type="checkbox"/> つかまり立ち・ <input type="checkbox"/> つたい歩き )			
	喃語(アー・ウー等)を言いますか	<input type="checkbox"/> はい( ヶ月頃から) <input type="checkbox"/> いいえ			
	親と目が合いますか	<input type="checkbox"/> はい( ヶ月頃から) <input type="checkbox"/> いいえ			
	名前を呼ぶとふり向きますか	<input type="checkbox"/> はい( ヶ月頃から) <input type="checkbox"/> いいえ			
	欲求を人に伝えられますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	おしゃぶりを使用していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	指しゃぶりをしますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	よく泣きますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	大人の言う簡単な言葉がわかりますか(おいで・ちょうだい等)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	人見知りをしますか	<input type="checkbox"/> はい ( ヶ月頃) <input type="checkbox"/> いいえ			
発育面で気になることがありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )				
世話をしてきた人	<input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> その他( )				
睡眠	昼寝	<input type="checkbox"/> 午前 ( 時間) <input type="checkbox"/> 午後 ( 時間) <input type="checkbox"/> あまりしない			
	寝つき	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> わるい			
	寝起き	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> わるい			
	場所	<input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> その他( )			
	環境	<input type="checkbox"/> 部屋を暗くする <input type="checkbox"/> 部屋を暗くしない <input type="checkbox"/> その他( )			
	状態	<input type="checkbox"/> 音に敏感 <input type="checkbox"/> 熟睡			
	寝かせ方	<input type="checkbox"/> 一人で寝る <input type="checkbox"/> 添い寝をする <input type="checkbox"/> おんぶをして <input type="checkbox"/> 抱っこをして <input type="checkbox"/> 授乳しながら(母乳 ミルク) <input type="checkbox"/> その他( )			
	寝る姿勢	<input type="checkbox"/> うつぶせ <input type="checkbox"/> あおむけ <input type="checkbox"/> 横向き( <input type="checkbox"/> 右下・ <input type="checkbox"/> 左下) <input type="checkbox"/> その他( )			
寝る時のくせ	<input type="checkbox"/> 指しゃぶりをしながら <input type="checkbox"/> おしゃぶりをしながら <input type="checkbox"/> タオル(ガーゼ)を持って <input type="checkbox"/> 耳をさわりながら <input type="checkbox"/> 頭をなでてもらいながら <input type="checkbox"/> その他( )				

育 児	普段子どもと接していてイライラすることが多いですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> いいえ 育児の相談相手や協力してくれる人はいますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 睡眠、夜泣き、食事、極端な人見知りなどで困ったり、心配なことはありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 子育て支援センター、にこにこ広場、幼稚園の園庭開放、地域の子育てサロン等に参加した ことがありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	体 質	かかりやすい病気はありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ はい → <input type="checkbox"/> 熱を出しやすい <input type="checkbox"/> ぜいぜいしやすい <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> 中耳炎になりやすい <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎になりやすい <input type="checkbox"/> 脱臼 → (部位の確認 ) 歳 ヶ月 今までに( 回) <input type="checkbox"/> その他( )	
湿疹がしやすいですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ はい → <input type="checkbox"/> アレルギー性 <input type="checkbox"/> アトピー性 <input type="checkbox"/> その他 普段どうしていますか → <input type="checkbox"/> 特になにもしない <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/> 塗薬 ひきつけをおこしたことがありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ はい → <input type="checkbox"/> 熱があるとき ( 度) <input type="checkbox"/> 熱がないとき いつ頃( 歳 ヶ月) 何分ぐらい( ) 今までに( 回) 普段どうしていますか(投薬) → <input type="checkbox"/> 有 [ <input type="checkbox"/> 朝・ <input type="checkbox"/> 昼・ <input type="checkbox"/> 夕 ] <input type="checkbox"/> 無 病名 ( ) 通院 → <input type="checkbox"/> している 病院名 ( ) <input type="checkbox"/> していない			
便	回数	1日( 回)	
	状態	<input type="checkbox"/> ゆるい <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 硬い	
	色	<input type="checkbox"/> 黄色 <input type="checkbox"/> 緑黄色 <input type="checkbox"/> 緑便 <input type="checkbox"/> その他( )	
<b>【定期健診】</b> 4ヶ月健診 <input type="checkbox"/> 心配なし <input type="checkbox"/> 指摘あり 受けた市町村または医療機関( ) 年 月 日 10ヶ月健診 <input type="checkbox"/> 心配なし <input type="checkbox"/> 指摘あり 受けた市町村または医療機関( ) 年 月 日 1歳6ヶ月健診 <input type="checkbox"/> 心配なし <input type="checkbox"/> 指摘あり 受けた市町村または医療機関( ) 年 月 日 2歳児歯科健康調査 <input type="checkbox"/> 心配なし <input type="checkbox"/> 指摘あり 受けた市町村または医療機関( ) 年 月 日 3歳児健康調査 <input type="checkbox"/> 心配なし <input type="checkbox"/> 指摘あり 受けた市町村または医療機関( ) 年 月 日 その他の健診( )			
★特に気になることがありましたら詳しく記入してください。 (例・喘息等)			



現在の食事状況に○を付けてください。

種類	形態等	備考
ごはん	どろどろおかゆ かためのおかゆ 軟飯 大人と同じ	
パン	パンがゆ パンそのまま トースト	
麺類	うどん そうめん スパゲティ 中華麺	
卵	卵黄 全卵【1回に食べる量( )個位】	
豆類	豆腐 納豆 きな粉	
魚類	かれい かじきまぐろ 鮭 かつお さば さんま いわし あじ しらす こうなご えび	
肉類	鶏肉 豚肉 牛肉 レバー ハム ウィンナー	
乳類	牛乳(料理に入れる あたためる そのまま ) チーズ ヨーグルト(無糖 加糖 ) 乳酸菌飲料(飲むヨーグルト等)	
果物類	バナナ りんご みかん いちご もも パイナップル 梨 すいか ぶどう 柿 オレンジ 缶詰( ) 100%ジュース(りんご・オレンジ・ぶどう・やさい)	
海藻類	わかめ ひじき のり	
油脂類	バター マーガリン 植物油	
調味料	しお さとう しょうゆ みそ ケチャップ マヨネーズ	
菓子	卵ボーロ ウエハース ビスケット ベビーせんべい ゼリー カステラ プリン その他( )	
野菜	裏ごし 煮つぶし 軟らか煮 生野菜	
その他	はちみつ カレー(子ども用 大人用) 揚げ物 ごま	
そしゃく	よく噛む あまり噛まない うまく飲み込めない 丸のみしてしまう	
アレルギー	無 有 (有と答えた方は別紙「アレルギー&アトピーの状況調査書」も記入してください)	
備考	(ここには記入しないでください)	



