

地区名：
区

児童の成育状況 3歳以上児クラス (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	平成 年 月 日生	第 子
		男 女	電話 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 ()				
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()			
	湿疹がでしやすいですか	<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			
	現在、服用している薬はありますか？	()			
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			
睡眠	昼寝	<input type="checkbox"/> する(: ~ :) <input type="checkbox"/> しない			
	起床	時ごろ		就寝	時ごろ
排泄	小便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> オムツ使用 <input type="checkbox"/> 和式トイレを使える			
	大便	<input type="checkbox"/> ふける <input type="checkbox"/> ふけない <input type="checkbox"/> その他 ()			
生活	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 ()			
	身のまわりの事	<input type="checkbox"/> 1人で脱ぎ着できる <input type="checkbox"/> 少し手伝ってもらう			
遊び・その他	友達	<input type="checkbox"/> 同年齢 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 小学生 <input type="checkbox"/> 1人遊び <input type="checkbox"/> その他()			
	好きな遊び				
	くせ	<input type="checkbox"/> 爪をかむ <input type="checkbox"/> 指しゃぶり <input type="checkbox"/> 左きき <input type="checkbox"/> その他()			

平熱
℃

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 はい 時々 いいえ
 育児の相談相手や協力してくれる人はいますか はい 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 はい 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 はい いいえ

【定期健診】

4ヶ月健診 心配なし 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 心配なし 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 心配なし 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 心配なし 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 心配なし 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、虫にさされると腫れやすい、落ち着きがない等)

【これまでの食生活】

間食	種類	<input type="checkbox"/> せんべい <input type="checkbox"/> ビスケット <input type="checkbox"/> スナック類 <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> プリン <input type="checkbox"/> ヨーグルト <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> 果物() <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 乳酸菌飲料 <input type="checkbox"/> 麦茶 <input type="checkbox"/> ジュース <input type="checkbox"/> 手作りおやつ()	
	時間	<input type="checkbox"/> 決めている <input type="checkbox"/> 決めていない	
偏食	有・無	《好きな食べ物》	《嫌いな食べ物》
食習慣	朝食	<input type="checkbox"/> 食べる <input type="checkbox"/> 食べない時もある <input type="checkbox"/> 食べない	
	食べ方	<input type="checkbox"/> はしが使える <input type="checkbox"/> はしが使えない	
	食事量	<input type="checkbox"/> 小食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大食 <input type="checkbox"/> むらがある	
	そしゃく	<input type="checkbox"/> よく噛む <input type="checkbox"/> あまり噛まない <input type="checkbox"/> うまく飲み込めない <input type="checkbox"/> 丸のみしてしまう	
	食事時間	分	
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 無	

行 動 発 達 ・ 言 語 発 達	〔言葉と発音〕		
	・単語を話す	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・二語文を話す(例「ママ、来た」)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・自分の名前が言える	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・発音がはっきりしない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・どもることがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・ほとんどなにも話さない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・相手の言うことがわからない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・心配なことがありますか ()		
	〔運動機能〕		
	・走ったり飛び跳ねたりできる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・ころびやすい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・歩き方が気になる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・心配なことがありますか ()		
	〔耳・鼻〕		
	・名前を呼ぶと振り向く	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・小さい音(例 鈴の音)に反応する	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・いびきをかく	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・心配なことがありますか ()		
	〔目〕		
	・めがねをかけている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ (理由)
	・テレビや絵本をいつも近くでみる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・首をかしげて物を見ようとする	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・陽ざしが弱くてもまぶしがる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・心配なことがありますか ()		
	〔精神発達〕		
	・特定の物に興味を示すことがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・親・兄弟・友達に関心が薄く、ひとりで遊ぶことが好きである	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・テレビのコマーシャルが好きで他のものには、あまり興味を示さない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・よく動き落ち着きがない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・心配なことがありますか ()		

今までにかかった病気	突発性発しん	歳	ヶ月	溶連菌感染症	歳	ヶ月	
	麻疹（はしか）	歳	ヶ月	川崎病	歳	ヶ月	
	風しん（三日ばしか）	歳	ヶ月	百日せき	歳	ヶ月	
	水痘	歳	ヶ月	肺炎	歳	ヶ月	
	心臓病	歳	ヶ月	扁桃腺	歳	ヶ月	
	中耳炎	歳	ヶ月	ヘルニア	歳	ヶ月	
	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	歳	ヶ月	脱臼（部位）	歳	ヶ月	
	ひきつけ（回）	歳	ヶ月	熱性けいれん（回）	年	月	日
	アトピー性皮膚炎	歳	ヶ月	喘息（内服薬 あり・なし）	歳	ヶ月	
	その他	歳	ヶ月	その他	歳	ヶ月	
	病名	歳	ヶ月	病名	歳	ヶ月	
	その他	歳	ヶ月	その他	歳	ヶ月	
	病名	歳	ヶ月	病名	歳	ヶ月	
その他	歳	ヶ月	その他	歳	ヶ月		
病名	歳	ヶ月	病名	歳	ヶ月		
現在、治療中の病気はありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ はい → 病名（ 医療機関名（ / 科）							