

地区名：  
区

# 児童の成育状況 2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	平成・令和 年 月 日生 第 子	
		男	電 話	( )	
前		女	希望する園	保育園 (第一希望)	
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			
	相手をすると喜びますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
	他の子どもに関心をもちますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
	目つきがおかしいという心配はありませんか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
	話しかけると視線を合わせますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
	大人の言うことがわかりますか	<input type="checkbox"/> はい	<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	夜	午後 時 分 ~ 午前 時 分 約 ( ) 時間			
	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 ( )	
	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"/> 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"/> 耳をさわりながら		
	<input type="checkbox"/> タオル(ガーゼ)を持って	<input type="checkbox"/> 頭をなでてもらいながら	<input type="checkbox"/> その他 ( )		
排便	小	おむつ	<input type="checkbox"/> 昼夜つける	<input type="checkbox"/> 昼寝のときだけつける	<input type="checkbox"/> 夜寝るときだけつける
	便	トイレで	<input type="checkbox"/> する	<input type="checkbox"/> ときどきする	<input type="checkbox"/> しない
	間 隔	<input type="checkbox"/> 長い	<input type="checkbox"/> 短い		
	したい時	<input type="checkbox"/> 知らせる ( <input type="checkbox"/> 動作で・ <input type="checkbox"/> 言葉で )	<input type="checkbox"/> 知らせない		
泄便	大	トイレで	<input type="checkbox"/> する	<input type="checkbox"/> ときどきする	<input type="checkbox"/> しない
	便	回 数	1日 ( ) 回 ( ) 時頃	<input type="checkbox"/> 不規則	<input type="checkbox"/> 便秘がち
	便 質	<input type="checkbox"/> かため	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やわらかめ	
	したい時	<input type="checkbox"/> 知らせる ( <input type="checkbox"/> 動作で・ <input type="checkbox"/> 言葉で )	<input type="checkbox"/> 知らせない		
着脱	パンツの上げ下げ	<input type="checkbox"/> 一人でできる	<input type="checkbox"/> 手伝えばできる	<input type="checkbox"/> できない	
	着替え	<input type="checkbox"/> 一人でできる	<input type="checkbox"/> 手伝えばできる	<input type="checkbox"/> できない	
	ボタン	<input type="checkbox"/> かけられる	<input type="checkbox"/> かけられない		
	く つ	<input type="checkbox"/> はける	<input type="checkbox"/> はけない		



<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( )						

★気になることがありましたら記入してください。  
(例・喘息等)

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"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 手伝う <input type="checkbox"/> 一人で食べる <input type="checkbox"/> スプーン・フォークで食べる
	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

備考	(ここには記入しないでください)
----	------------------