

地区名:

区

児童の成育状況

0歳児クラス

(R7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	()	
		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riを使用していますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
	指しゃぶri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riをしながら <input type="checkbox"/> おしゃぶri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()				

【これまでの食生活】

授乳	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 粉ミルク	
	ミルクのメーカー・製品名() 哺乳ビンの種類()	
	授乳の回数 1日()回【 ミルク 回・母乳 回 】 乳首の種類(サイズ)()	
	1回の哺乳量 ()cc ・ 間隔 ()時間	
	ミルクの温度 (<input type="checkbox"/> ふつう ・ <input type="checkbox"/> ぬるめ) 授乳時間 ()分位	
	授乳後 <input type="checkbox"/> 吐きやすい(どのような時に) <input type="checkbox"/> 吐かない	
	牛乳に切り替えていますか <input type="checkbox"/> はい()ヶ月頃から <input type="checkbox"/> いいえ	
水分	<input type="checkbox"/> 与えている <input type="checkbox"/> 与えていない	
補給	<input type="checkbox"/> 湯冷まし <input type="checkbox"/> 麦茶 <input type="checkbox"/> 果汁 <input type="checkbox"/> その他()	
離乳食	離乳食の開始時期 ()ヶ月頃 離乳食の終了時期 ()ヶ月頃	
	1日の食事回数 ()回食	
	1回の食事時間 ()分	
	《現在の調理形態》 <input type="checkbox"/> ドロドロ状 <input type="checkbox"/> 舌でつぶせる固さ <input type="checkbox"/> 歯ぐきでつぶせる固さ	
	《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	
	《食事の仕方》 <input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 手づかみで食べる <input type="checkbox"/> スプーン、フォークを使用する <input type="checkbox"/> コップで飲む <input type="checkbox"/> ストローで飲む	
	《好きな食べ物》	
	《嫌いな食べ物》	

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 豆乳	
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	
アレルギー	無 有 (有と答えた方は別紙「アレルギー・宗教食の食事調査票」も記入してください)	
宗教の食事制限	無 有 (有と答えた方は別紙「アレルギー・宗教食の食事調査票」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)	