

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	()	
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、かるがも広場、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 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			
		平 熱	
医療的配慮は必要ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (はいと答えた方は別紙「医療的にかかわる調査票」も記入してください)		℃	
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()	
【 定期健診 】 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)			

【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"/> コップで飲める <input type="checkbox"/> ストローで飲める	
《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)	