

地区名：  
区

# 児童の成育状況 1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	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 )			
	会話ができますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ( <input type="checkbox"/> 単語程度・ <input type="checkbox"/> その他[ ] )			
	親と目が合いますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	名前を呼ぶとふり向きますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	要求を人に伝えられますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	おもちゃなどでよく遊びますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	人のまねをしますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	知っているものを「指さし」しますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	相手をすると喜びますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	他の子どもに関心もちますか	<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				
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( )				

排泄	小	トイレ(オマル)で <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> ときどきする <input type="checkbox"/> しない
	便	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
		大
	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		
遊 び	好きな遊び(主として) 戸外( )・室内( ) 人との触れ合い <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 主に誰と遊びますか( ) 人見知り <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	
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	
	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「医療にかかわる調査票」も記入してください)	平 熱 ℃
<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)		

【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)	