

地区名：
区

児童の成育状況 2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 女	電 話	()	
			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			
眠	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 泄	小 便	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		
		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 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		
		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	着 替 え	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		
		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			

