

地区名：
区

児童の成育状況 3歳以上児クラス (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	平成・令和 年 月 日生 第 子
		男 女	電 話 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 ()			
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		
	現在、服用している薬はありますか？()			
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 °C
睡眠	昼 寝	<input type="checkbox"/> する(: ~ :) <input type="checkbox"/> しない		
	起 床	時ごろ	就 寝	時ごろ
排泄	小 便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> オムツ使用 <input type="checkbox"/> 和式トイレを使える		
	大 便	<input type="checkbox"/> ふける <input type="checkbox"/> ふけない <input type="checkbox"/> その他 ()		
生活	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 ()		
	身のまわりの事	<input type="checkbox"/> 1人で脱ぎ着できる <input type="checkbox"/> 少し手伝ってもらう		
	<input type="checkbox"/> ボタンがはめられる <input type="checkbox"/> 鼻をかむことができる <input type="checkbox"/> 靴がはける			

遊び・その他	友達	<input type="checkbox"/> 同年齢 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 小学生 <input type="checkbox"/> 1人遊び <input type="checkbox"/> その他()				
	好きな遊び					
	くせ	<input type="checkbox"/> 爪をかむ <input type="checkbox"/> 指しゃぶり <input type="checkbox"/> 左きき <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					
【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、虫にさされると腫れやすい、落ち着きがない等)						

【これまでの食生活】

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"/> はしが使えらる <input type="checkbox"/> はしが使えない				
	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				
	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》	
アレルギー		<input type="checkbox"/> 有 (有と答えた方は別紙「アレルギー・宗教食の食事調査書」も記入してください) <input type="checkbox"/> 無				
宗教の食事制限		<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 無				

行 動 発 達 ・ 言 語 発 達	〔言葉と発音〕		
	・単語を話す	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・二語文を話す(例「ママ、来た」)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・自分の名前が言える	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・発音がはっきりしない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・どもることがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・ほとんどなにも話さない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・相手の言うことがわからない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・心配なことがありますか	()
	〔運動機能〕		
	・走ったり飛び跳ねたりできる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・ころびやすい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・歩き方が気になる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・心配なことがありますか	()
	〔耳・鼻〕		
	・名前を呼ぶと振り向く	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・小さい音(例 鈴の音)に反応する	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・いびきをかく	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・心配なことがありますか	()
	〔目〕		
	・めがねをかけている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ(理由)
	・テレビや絵本をいつも近くでみる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・首をかしげて物を見ようとする	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・陽ざしが弱くてもまぶしがる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・心配なことがありますか	()
	〔精神発達〕		
	・特定の物に興味を示すことがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・親・兄弟・友達に関心が薄く、ひとりで遊ぶことが好きである	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・テレビのコマーシャルが好きで他のものには、あまり興味を示さない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・よく動き落ち着きがない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・心配なことがありますか	()