地区名： 区

児童の成育状況　1歳児クラス

（R8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（第一希望園）

出生歴	妊娠中の母の疾病状況	□異常なし　□有　→（病名　　）
	妊娠期間	（　　週）
	分娩の状況	□異常なし　□有　→（病名　　）
	出生時体重	（　　グラム）
	出生時の状況	□異常なし　□仮死　□強い黄疸　□けいれん　□酸素使用 □保育器使用　□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	□はい　□いいえ（□つかまり立ち・□つたい歩き）
	会話ができますか	□はい　□いいえ（□単語程度・□その他〔　　〕）
	親と目が合いますか	□はい　□いいえ
	名前を呼ぶとふり向きますか	□はい　□いいえ
	要求を人に伝えられますか	□はい　□いいえ
	おもちゃなどでよく遊びますか	□はい　□いいえ
	人のまねをしますか	□はい　□いいえ
	知っているものを「指さし」しますか	□はい　□いいえ
	相手をすると喜びますか	□はい　□いいえ
	他の子どもに関心をもちますか	□はい　□いいえ
	おしゃぶりを使用していますか	□はい　□いいえ
	指しゃぶりをしますか	□はい　□いいえ
	よく泣きますか	□はい　□いいえ
	発育面で気になることがありますか	□なし　□あり（　　）
	世話をしてきた人	□母　□父　□祖母　□祖父　□その他（　　）

睡眠	昼　寝	□午前（　　時間）　□午後（　　時間）　□あまりしない
	寝つき	□よい　□わるい
	寝起き	□よい　□わるい
	場　所	□ベッド　□布団　□その他（　　）
	環　境	□部屋を暗くする　□部屋を暗くしない　□その他（　　）
	状　態	□音に敏感　□熟睡
	寝かせ方	□一人で寝る　□添い寝をする　□おんぶをして　□抱っこをして □授乳しながら（母乳　ミルク）□その他（　　）
	寝る姿勢	□うつぶせ　□あおむけ　□横向き（□右下・□左下）　□その他（　　）
	寝る時のくせ	□指しゃぶりをしながら　□おしゃぶりをしながら　□タオル（ガーゼ）を持って □耳をさわりながら　□頭をなでてもらいながら □その他（　　）

排泄	小便	トイレ(オマル)で	□する　□ときどきする　□しない
		間　隔	□長い　　□短い
		したい時	□知らせる(　□動作で　・　□言葉で　)　□知らせない
	大便	トイレ(オマル)で	□する　□ときどきする　□しない
		回　数	1日(　　)回　(　　)時頃　　□不規則　□便秘がち　便秘薬服用　□有　□無
		便　質	□かため　　□普通　　□やわらかめ
		したい時	□知らせる(　□動作で　・　□言葉で　)　□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　　□ある　　□ない
主に誰と遊びますか(　　)
人見知り　　□する　　□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　□はい　　□時々　　□いいえ
育児の相談相手や協力してくれる人はいますか　　□はい　　□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　□はい　□いいえ
子育て支援センター、一時保育、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　　□はい　　□いいえ

体質

かかりやすい病気はありますか　　□はい　　□いいえ
はい　→　□熱を出しやすい　　□ぜいぜいしやすい　　□下痢をしやすい
□風邪をひきやすい　□中耳炎になりやすい　□扁桃腺炎になりやすい
□脱臼→　(部位の確認　　)
歳　　ヶ月　今までに(　　回)
□喘息になりやすい　　□その他(　　)
湿疹ができやすいですか　　□はい　　□いいえ
はい　→　□アレルギー性　　□アトピー性　　□その他
普段どうしていますか　→　□特になにもしない　□食事制限　□服薬　□塗薬
ひきつけをおこしたことがありますか　□はい　　□いいえ
はい　→　□熱があるとき　(　　度)　□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)　→　□有〔□朝・□昼・□夕〕□無
病名　(　　)　通院　→　□している
病院名(　　)　　□していない
医療的配慮は必要ですか　　□はい　　□いいえ
(はいと答えた方は別紙「医療的ケア主治医意見書・指示書」も記入してください)

平　熱
℃

【 定期健診 】

4ヶ月児健康診査　　□心配なし　□指摘あり　受けた市町村または医療機関(　　)　年　月　日
10ヶ月児健康診査　　□心配なし　□指摘あり　受けた市町村または医療機関(　　)　年　月　日
1歳6ヶ月児健康診査　　□心配なし　□指摘あり　受けた市町村または医療機関(　　)　年　月　日
2歳児歯科健康診査　　□心配なし　□指摘あり　受けた市町村または医療機関(　　)　年　月　日
3歳児健康診査　　□心配なし　□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(　　)

★上記健康診査で □指摘あり の場合は指摘内容を記入してください。
他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。

【これまでの食生活】

<table>
<tr><td rowspan="7">授乳</td><td colspan="2">□母乳　　□混合　　□粉ミルク</td></tr>
<tr><td colspan="2">ミルクのメーカー・製品名（　　）　哺乳ビンの種類（　　）
□指定なし　　□指定なし</td></tr>
<tr><td colspan="2">授乳の回数　1日（　）回【 ミルク　　回・母乳　　回 】　乳首の種類(サイズ)（　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">1回の哺乳量 （　　）cc　・　間隔 （　　）時間</td></tr>
<tr><td colspan="2">ミルクの温度 （ □ふつう ・ □ぬるめ ）　授乳時間 （　　）分位</td></tr>
<tr><td colspan="2">授乳後　□吐きやすい(どのような時に　　)　□吐かない</td></tr>
<tr><td colspan="2">牛乳に切り替えていますか　□はい（　）ヶ月頃から　□いいえ</td></tr>
<tr><td>水分
補給</td><td colspan="2">□与えている　□与えていない
□湯冷まし　□麦茶　□果汁　□その他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="8">離乳食</td><td colspan="2">離乳食の開始時期 （　　）ヶ月頃　離乳食の終了時期 （　　）ヶ月頃</td></tr>
<tr><td colspan="2">1日の食事回数　（　）回食</td></tr>
<tr><td colspan="2">1回の食事時間　（　　）分</td></tr>
<tr><td colspan="2">《現在の調理形態》
□ドロドロ状　□舌でつぶせる固さ　□歯ぐきでつぶせる固さ</td></tr>
<tr><td colspan="2">《食事量》 □小食　□普通　□大食　□むらがある</td></tr>
<tr><td colspan="2">《そしゃく》 □よく噛む　□あまり噛まない　□うまく飲み込めない　□丸のみしてしまう</td></tr>
<tr><td colspan="2">《食事の仕方》
□食べさせてもらう　□手づかみで食べる　□スプーン、フォークを使用する
□コップで飲める　□ストローで飲める</td></tr>
<tr><td>《好きな食べ物》</td><td>《嫌いな食べ物》</td></tr>
</table>

現在の食事状況に〇を付けてください。

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(みかん・パイナップル・もも) 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)