地区名：　　区

児童の成育状況　3歳以上児クラス　（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	平成・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	□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（　　）

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

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　□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
℃

睡眠	昼　寝	□ する（　：　～　：　）　□ しない		
	起　床	時ごろ	就　寝	時ごろ
排泄	小　便	□ 自　立　□ オムツ使用　□和式トイレを使える		
	大　便	□ ふける　□ふけない　□その他（　　）		
生活	世話をしてきた人	□ 母　□ 父　□ 祖母　□ 祖父　□ その他（　　）		
	身のまわりの事	□ 1人で脱ぎ着できる　□ 少し手伝ってもらう □ ボタンがはめられる　□ 鼻をかむことができる　□ 靴がはける		

遊び・その他	友達	□同年齢　□兄弟姉妹　□小学生　□1人遊び　□その他(　　)
	好きな遊び	
	くせ	□爪をかむ　□指しゃぶり　□左きき　□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　□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	

【 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】

食習慣	朝食	□食べる　□食べない時もある　□食べない	
	食べ方	□はしが使える　□はしが使えない　□スプーン・フォークを使う	
	食事量	□小食　□普通　□大食　□むらがある	
	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	
	食事時間	分	
	おやつの時間	□決めている　□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		□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) □無	
宗教の食事制限		□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) □無	

行動発達・言語発達	〔言葉と発音〕	
	・単語を話す	□ はい □いいえ
	・二語文を話す（例 「ママ、来た」）	□ はい □いいえ
	・自分の名前が言える	□ はい □いいえ
	・発音がはっきりしない	□ はい □いいえ
	・どもることがある	□ はい □いいえ
	・ほとんどなにも話さない	□ はい □いいえ
	・相手の言うことがわからない	□ はい □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	□ はい □いいえ
	・ころびやすい	□ はい □いいえ
	・歩き方が気になる	□ はい □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	□ はい □いいえ
	・小さい音（例 鈴の音）に反応する	□ はい □いいえ
	・いびきをかく	□ はい □いいえ
	・心配なことがありますか （ ）	
	〔目〕	
	・めがねをかけている	□はい □いいえ（理由 ）
	・テレビや絵本をいつも近くでみる	□ はい □いいえ
	・首をかしげて物をみ ようとする	□ はい □いいえ
	・陽ざしが弱くてもまぶしがる	□ はい □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	□ はい □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	□ はい □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	□ はい □いいえ
	・よく動き落ち着きがない	□ はい □いいえ
	・心配なことがありますか （ ）	