

# 児童調査票

※お子さんの状況について記入してください。該当する□にし点をしてください。

児童名		生年月日 平成 年 月 日生
		平成31年4月1日現在 歳 か月
出産の状況	1. 出産時の状況 <input type="checkbox"/> 安産 <input type="checkbox"/> 難産 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 早産（ か月） <input type="checkbox"/> 未熟児 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	2. 出生時の体重（ ）g・身長（ ）cm	
	3. 生後1か月の間に何か異常がありましたか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（ ）	
発育の状況	1.現在の体重（ ）kg ・身長（ ）cm	
	2.首はいつ頃すわりましたか。（ ）か月頃から	
	3.寝返りはいつ頃しましたか。（ ）か月頃から	
	4.お座りはいつ頃しましたか。（ ）か月頃から	
	5.ハイハイはいつ頃しましたか。（ ）か月頃から	
	6.つかまり立ちはいつ頃しましたか。（ ）か月頃から	
	7.つたい歩きはいつ頃しましたか。（ ）か月頃から	
	8.歩き始めたのはいつ頃でしたか。（ ）か月頃から	
	9.乳幼児健診を受けていますか。 <input type="checkbox"/> 4か月健診 <input type="checkbox"/> 10か月健診 <input type="checkbox"/> 1歳1か月むし歯予防教室 <input type="checkbox"/> 1歳6か月健診 <input type="checkbox"/> 2歳1か月歯科検診 <input type="checkbox"/> 2歳7か月歯科検診 <input type="checkbox"/> 3歳6か月健診	
	10.健康診査時に指導や事後フォローがありましたか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（ 歳 か月健診時に <input type="checkbox"/> 発達の遅れ <input type="checkbox"/> 身体的なもの ） 具体的な内容（ ）	
健康状態	1. 現在、または過去に定期的な通院や入院をしていたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 通院回数 歳 か月頃 ～ （週・月・年 回）（検査年 回） 入院期間 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 医療機関名（ ） 症状等（ ）	
	2. 現在、持病等がありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> アレルギー※アレルギー欄の記入をお願いします。 <input type="checkbox"/> その他（ ） 発症日 平成 年 月 日 発症した状況と付帯的な症状（ ）	

	<p>3. 現在、薬を服用していますか。  <input type="checkbox"/>いいえ  <input type="checkbox"/>はい 1日____回 ( <input type="checkbox"/>朝 <input type="checkbox"/>昼 <input type="checkbox"/>タ )</p>
	<p>4. 脱臼をしたことがありますか。  <input type="checkbox"/>いいえ  <input type="checkbox"/>はい (部位： _____ )</p>
ア レ ル ギ ー	<p>1. アレルギーがありますか。  <input type="checkbox"/>いいえ  <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>皮膚 <input type="checkbox"/>喘息 <input type="checkbox"/>鼻炎 <input type="checkbox"/>花粉症 <input type="checkbox"/>その他 ( _____ )  <input type="checkbox"/>食物アレルギー ( <input type="checkbox"/>卵 <input type="checkbox"/>小麦 <input type="checkbox"/>乳製品 <input type="checkbox"/>大豆 <input type="checkbox"/>ごま <input type="checkbox"/>甲殻類 <input type="checkbox"/>果物  <input type="checkbox"/>その他 ( _____ )</p>
	<p>2. 医療機関で検査をしましたか。  <input type="checkbox"/>いいえ  <input type="checkbox"/>はい 平成____年____月 医療機関名 ( _____ )</p>
	<p>3. 食事の制限がありますか。  <input type="checkbox"/>いいえ  <input type="checkbox"/>はい 品名 ( _____ )</p>
	<p>4. アナフィラキシーショックを起こしたことがありますか。  <input type="checkbox"/>いいえ  <input type="checkbox"/>はい (エピペンの使用は <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない)</p>
生 活 状 況	<p>1. 現在の食事の状態はどうか。  <input type="checkbox"/>母乳 <input type="checkbox"/>ミルク <input type="checkbox"/>フォローアップミルク <input type="checkbox"/>牛乳  <input type="checkbox"/>離乳食 ( <input type="checkbox"/>前期 <input type="checkbox"/>中期 <input type="checkbox"/>後期 <input type="checkbox"/>完了 )  <input type="checkbox"/>普通食 ( 食事量： <input type="checkbox"/>良い <input type="checkbox"/>普通 <input type="checkbox"/>悪い )</p>
	<p>2. 嫌いな食べ物がありますか。  <input type="checkbox"/>いいえ  <input type="checkbox"/>はい：特に嫌いな食べ物 ( _____ )</p>
	<p>3. 排泄は自分で出来ますか。  <input type="checkbox"/>すべて自分で出来る <input type="checkbox"/>介助があれば出来る  <input type="checkbox"/>自分で出来ないが知らせる <input type="checkbox"/>トレーニング中である  <input type="checkbox"/>おむつを使用している <input type="checkbox"/>夜間・外出時だけおむつを使用している  <input type="checkbox"/>大便について ( <input type="checkbox"/>自分でできる <input type="checkbox"/>自分でできない )</p>
	<p>4. 睡眠時間はどのくらいですか。  ____時間くらい ( ____時から ____時まで )  ・就寝時の癖はありますか (例：毛布等 _____ )</p>
	<p>5. 昼寝はしていますか。  <input type="checkbox"/>いいえ  <input type="checkbox"/>はい ____時間くらい ( ____時から ____時まで )</p>
	<p>6. 衣服の着脱は、自分で出来ますか。  <input type="checkbox"/>自分で出来ない <input type="checkbox"/>少し手伝え、自分で出来る <input type="checkbox"/>嫌がる  <input type="checkbox"/>自分で出来る ( <input type="checkbox"/>パンツ <input type="checkbox"/>ズボン <input type="checkbox"/>上着 <input type="checkbox"/>靴下 <input type="checkbox"/>靴 )</p>

遊 び	<p>1. 言葉の状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・発声、なん語はでますか。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</li> <li>・指差しはしますか。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</li> <li>・名前を呼ばれたら、振り向いたり返事をしますか。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</li> <li>・発音は明瞭ですか。 (<input type="checkbox"/>明瞭 <input type="checkbox"/>不明瞭)</li> <li>・指示は理解しますか。 (<input type="checkbox"/>出来る <input type="checkbox"/>おおよそでできる <input type="checkbox"/>出来ない)</li> <li>・応答や会話は (<input type="checkbox"/>出来る <input type="checkbox"/>おおよそでできる <input type="checkbox"/>出来ない)</li> <li>・会話の語いは (<input type="checkbox"/>単語 <input type="checkbox"/>2語文 <input type="checkbox"/>3語文)</li> </ul>
	<p>2. どんな遊びが好きですか。( )</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・絵を描いてあそびますか。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</li> <li>・公園や戸外でよく遊びますか。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</li> <li>・誰とよく遊びますか。( <input type="checkbox"/>父 <input type="checkbox"/>母 <input type="checkbox"/>祖父母 <input type="checkbox"/>兄弟姉妹 )</li> <li>・人形遊び、ごっこ遊びをしますか。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</li> <li>・絵本、テレビ、DVDなどを観ますか。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</li> </ul>
	<p>3. 遊びの様子について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・探索遊びをしますか(物に興味を持ったり、試したりすること) <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</li> <li>・一人遊びをしますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</li> <li>・友だちと遊びますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</li> <li>・「貸して」と言えますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</li> <li>・お友達の物を取ってしまことがありますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</li> <li>・すぐにケンカになりますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</li> </ul>
そ の 他	<p>1. 集団保育は初めてですか。</p> <p><input type="checkbox"/> はい</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ _____ 歳 _____ か月から _____ 保育園</p>
	<p>2. 主として養育した人は誰ですか。</p> <p><input type="checkbox"/>父 <input type="checkbox"/>母 <input type="checkbox"/>祖父 <input type="checkbox"/>祖母 <input type="checkbox"/>その他 ( )</p>
	<p>3. お子さんの好きなところは。</p> <p>( )</p>
	<p>4. 外出時の様子</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・買い物時にそばにいますか。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</li> <li>・手をつないで歩きますか。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</li> <li>・散歩の時などに車道へ飛び出しますか。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</li> </ul>
	<p>5. 病気になった時のお迎え等は、どなたが対応できますか。</p> <p><input type="checkbox"/>父 <input type="checkbox"/>母 <input type="checkbox"/>祖父 <input type="checkbox"/>祖母 <input type="checkbox"/>知人 ( )</p>
<p>○入所を希望するにあたり、相談したい事などをご記入ください。</p>	

上記のとおり、相違ありません。

平成 年 月 日 保護者氏名 \_\_\_\_\_