

# 児童調査票

第1希望保育所等名

保護者名 \_\_\_\_\_ 平成 年 月 日  
 児童名 \_\_\_\_\_ (平成 年 月 日生)

○平成30年4月1日現在 歳 か月

出 産 の 状 況	1. 出産はおおよそ予定日どおりでしたか。	はい	いいえ
	2. 出産の時、何か異常はありましたか。 「はい」の場合、その内容を具体的に記入してください。 ( )	はい	いいえ
	3. 出生時の体重 ( ) g・身長 ( ) cm		
	4. 生後1か月の間に何か異常がありましたか。 「はい」の場合、その内容を具体的に記入してください。 ( )	はい	いいえ
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.歩きますか。「はい」の場合、下記の事項を記入してください。 ( )か月頃から	はい	いいえ
	6.名前を呼ぶと振り向きですか。	はい	いいえ
	7.指示した事がわかりますか。	はい	いいえ
	8.おしゃべりをしますか。	はい	いいえ
	9.健診や病院等で発達の遅れ等の指摘を受けた事がありますか。 「はい」の場合、その内容を具体的に記入してください。 ( )	はい	いいえ
健 康 状 態	1. 大きな病気やけがをした事がありますか。 「はい」の場合、下記の事項を記入してください。 病名 ( ) 医療機関名 ( ) 通院の回数 回/週・月・年	はい	いいえ
	2. 上記1以外の病気やけがで、通院していますか。 「はい」の場合、下記の事項を記入してください。 病名 ( ) 医療機関名 ( ) 通院の回数 回/週・月・年	はい	いいえ
	3. 現在、薬を服用していますか。 「はい」の場合、下記の事項を記入してください。 1日 回 朝・昼・夕	はい	いいえ

アレルギー	<p>1. アレルギーはありますか。 「はい」の場合、□にチェックをしてください。 □アトピー □喘息 □鼻炎 □花粉症 □食物アレルギー(原因食物 ) □その他( )</p>	はい いいえ
	<p>2. アレルギーの検査をしましたか。 「はい」の場合、下記の事項を記入してください。 いつ 年 月 病院名( ) 原因 ( )</p>	はい いいえ
	<p>3. 現在も通院していますか。 「はい」の場合、下記の事項を記入してください。 病院名( )</p>	はい いいえ
生活状況	<p>1. 食べ具合はどうですか。 良い 普通 悪い</p>	
	<p>2. 好き嫌いがありますか。 「はい」の場合、下記の事項を記入してください。 特に嫌いな食べ物 ( )</p>	はい いいえ
	<p>3. 排泄状況を教えてください。 □すべて自分で出来る □介助があれば出来る □自分でできないが知らせる □おむつが必要 □夜・外出時だけおむつ</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)</p>	
	<p>5. 昼寝はしていますか。</p>	はい いいえ
その他	<p>1. 今までに保育園等に通っていたことはありますか。 「はい」の場合、下記の事項を記入してください。 歳 か月から 保育園</p>	はい いいえ
	<p>2. 主として養育した人は誰ですか。 父・母・祖父・祖母・その他( )</p>	
備考		