

児童の状況調査票

0歳児クラス

()か月

記入日

令和

年

月

日

氏名	ふりがな		男・女	第1希望園	受付No.	電話番号		
				年 月 日生		父 母 自宅など		
住所							自宅など	
同居の家族	父		歳	勤務先名称 等				
	母		歳	勤務先名称 等				
	兄弟姉妹・祖父母等			歳	園名・学校名・勤務先等			
				歳	園名・学校名・勤務先等			
				歳	園名・学校名・勤務先等			
				歳	園名・学校名・勤務先等			
健康診査	4 か月児健診		①受けた [指摘事項: なし・あり ()] ②受けていない→[理由:]					
	6 か月児相談		①受けた [指摘事項: なし・あり ()] ②受けていない→[理由:]					
	10か月児健診		①受けた [指摘事項: なし・あり ()] ②受けていない→[理由:]					
病気・体質等	1 平熱 (. °C)							
	2 今までにかかった病気やけがはありますか。いいえ・はい (内容:)							
	3 現在治療している病気はありますか。いいえ・はい(内容: 医療機関名:) ※1・2により、日常生活で配慮しなければならないことがある場合にはお書きください。 ()							
	4 予防接種は受けていますか。いいえ・はい (BCG・四混・麻疹・風疹・ヒブ・肺炎球菌・水痘)							
	5 ハチに刺されたことはありますか。いいえ・はい (ハチの種類:)							
	6 かかりやすい病気・けが及び体質・持病等。(該当番号に○印) ①扁桃腺が腫れやすい ⑤下痢しやすい ⑨熱が出やすい ⑬アレルギー(食物・アトピー・鼻炎・その他) ②中耳炎にかかりやすい ⑥便秘がち ⑩脱臼しやすい ⑭その他 () ③鼻血が出やすい ⑦喘息がでやすい ⑪湿疹 ④吐きやすい ⑧化膿しやすい ⑫ひきつけたことがある (いつ頃:)							
発達	1 あやすと声を出したり 笑ったりしますか。いいえ・はい							
	2 首がすわりましたか。いいえ・はい (生後 か月頃から)							
	3 寝返りをしますか。いいえ・はい (生後 か月頃から)							
	4 手を伸ばしておもちゃなどの物をつかみますか。いいえ・はい							
	5 おかあさんの目を見つめたり 追ったりしますか。いいえ・はい							
	6 おすわりをしますか。いいえ・はい							
	7 人見知りをしますか。いいえ・はい 9 つかまり立ちができますか。いいえ・はい							
	8 はいはいをしますか。いいえ・はい 10 つたい歩きができますか。いいえ・はい							
栄養	1 授乳方法 母乳(回) ・ ミルク (cc× 回)							
	2 離乳食は始まりましたか。いいえ・はい (1日 回) はいの方 離乳食をよく食べますか。いいえ・はい どんなものをあげていますか。おかゆ・卵・魚・肉・大豆製品・野菜・乳製品・その他() 食物アレルギーはありますか。いいえ・はい()							
	1 大便の回数 1日 回くらい				※今、心配していることや癖など			
	2 普段の便の様子・・・ 普通 ・ 硬め ・ ゆるめ							
睡眠	1 睡眠の時間は? 午前:()時～()時頃 午後:()時～()時頃 夜間:()時～()時頃				その他 ☆お家の人から見てどんなお子さんですか?			
	2 寝かせ方・・・添い寝・抱っこ・おんぶ・ひとりで							
	3 眠くなるとする癖や持つ物がありますか。なし・あり()							
生活	1 主な養育者:昼() 夜()				面接日	月 日		
	2 集団生活の経験はありますか。いいえ・はい↓ (いつ どこで)				会場	園		
				面接者				