

児童の状況調査票

1歳児クラス ()歳()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 | | |
| 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:) | | | | | | |
| 発達 | 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:) | | | | | | |
| 栄養 | 1 はいはいをしますか。いいえ・はい | | 12 他の子どもに関心を持ちますか。いいえ・はい | | | | |
| | 2 ひとりで歩きますか。いいえ・はい | | 13 ママ・パパなど、意味のある片言を言いますか。いいえ・はい(生後 ヶ月頃から) | | | | |
| | 3 大人が手をひいて、階段を上がれますか。いいえ・はい | | 今でている言葉 [] | | | | |
| | 4 指差しをしますか。いいえ・はい | | | | | | |
| | 5 人の真似(バイバイ・ありがとう等の身振り)をしますか。いいえ・はい | | | | | | |
| | 6 物が見えにくいという心配がありますか。いいえ・はい | | | | | | |
| | 7 音が聞こえにくいという心配がありますか。いいえ・はい | | | | | | |
| | 8 おもちゃ(車・人形など)で遊びますか。いいえ・はい | | | | | | |
| | 9 絵本に興味を示しますか。いいえ・はい | | | | | | |
| | 10 簡単な指示(〇〇を持ってきて等)が通りますか。いいえ・はい | | | | | | |
| | 11 名前を呼ぶと振り向きますか。いいえ・はい | | | | | | |
| 排泄 | 1 ミルク・牛乳等は飲みますか。母乳(回)・ミルク又は牛乳(cc) → □常温(冷蔵)・□温める | | 5 おやつを食べますか。いいえ・はい(毎日 時頃・時間は決まっていない) ↓ どんなおやつを食べますか () | | | | |
| | 2 コップを持って自分で飲みますか。いいえ・はい | | | | | | |
| | 3 自分で食べようとしますか。いいえ・はい(手づかみ・スプーン・フォーク) | | | | | | |
| | 4 食事の傾向 ①よく食べる ②普通 ③少ない ④好き嫌いが多い 嫌いなもの () | | | | | | |
| 生活 | 1 大便の回数 1日約 回 | | ※今、心配していることや癖など | | | | |
| | 2 排泄のしつけは始めていますか。はい・いいえ はいの方 → [①排尿前に教える ③排便前に教える] [②排尿後に教える ④排便後に教える] | | | | | | |
| | 1 主な養育者:昼() 夜() | | その他 ☆お家の人から見てどんなお子さんですか? | | | | |
| | 2 集団生活の経験 なし・あり → (いつ どこで) | | | | | | |
| | 3 昼寝 しない・する ()時から()時頃 | | 面接日 月 日 | | | | |
| 4 寝かせ方・・・添い寝・抱っこ・おんぶ・ひとりで | | 会場 園 | | | | | |
| 5 利き手は? 右・左 | | 面接者 | | | | | |