

児童の状況調査票

		記入日	令和	年	月	日
		保護者氏名				
ふりがな						
児童氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	愛称		生年月日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 (現在 歳 か月)
集団保育	<input type="checkbox"/> 経験あり (<input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 託児所 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> 経験なし					
定期健診の受診歴	※ 受診済みのものに☑ <input type="checkbox"/> 4か月 <input type="checkbox"/> 10か月 <input type="checkbox"/> 1歳半 <input type="checkbox"/> 3歳 <input type="checkbox"/> その他(小児科等定期受診)					
乳児期の発達等	出生時の体重 : g 首のすわり : か月頃 寝返り : か月頃 おすわり : か月頃 はいはい : か月頃 つかまり立ち : か月頃 つたい歩き : か月頃 歩き始め : か月頃					
生活習慣等	食事	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 離乳食 (<input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 完了期) <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 自分で食べようとする <input type="checkbox"/> 一人で食べる 使用しているもの : <input type="checkbox"/> 哺乳瓶 <input type="checkbox"/> まぐまぐ <input type="checkbox"/> ストロー <input type="checkbox"/> コップ <input type="checkbox"/> スプーン、フォーク <input type="checkbox"/> お箸 食物アレルギー : <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 除去食希望 : <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし アレルギー食品 : <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 落花生 <input type="checkbox"/> 甲殻類(エビ・カニ) <input type="checkbox"/> その他 () 症状 ()				
	排泄	<input type="checkbox"/> おむつ (<input type="checkbox"/> 布 <input type="checkbox"/> 紙) <input type="checkbox"/> トレーニング中 (<input type="checkbox"/> オマル <input type="checkbox"/> トイレ) <input type="checkbox"/> 知らせる (<input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 便) <input type="checkbox"/> ひとりできる				
	睡眠	朝起きる時間 (時頃) 昼寝の時間 (時 ~ 時頃 分程度) 夜寝る時間 (時頃)				
	着脱	<input type="checkbox"/> 一人できる <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえばできる <input type="checkbox"/> できない				
	ことば	初語の時期 (か月) <input type="checkbox"/> 単語が出ている(例:ワンワン、マンマ) <input type="checkbox"/> 2語文を話す(例:ワンワンきた) <input type="checkbox"/> 自分の名前が言える <input type="checkbox"/> 日常会話ができる				
健康状態等	今までにかかった病気 : <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他 () 現在治療中の病気 : <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> あり (病名:) ※ かかりやすい症状等該当するものに☑ <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 熱性痙攣 <input type="checkbox"/> ひきつけ <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 脱臼 (部位:) <input type="checkbox"/> 湿疹・皮膚炎 <input type="checkbox"/> その他 ()					
受給状況等	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 (級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 (判定:) <input type="checkbox"/> 療育通園					
定期健診時に医師や保健師・栄養士などに指摘を受けたことがありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
お子さんの成長について、専門機関に相談や通所されたことがありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
保育施設への入所にあたり心配や気になることはありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						



※1 この調査票に関する情報は、保育施設等利用申込に関する資料、入所決定施設における面接資料として使用し、それ以外の目的には使用いたしません。
※2 この調査票は、保育所等の入所の可否には一切関係しません。
※3 該当する箇所には☑もしくは記入をして、利用希望児童一人につき一枚をご提出ください。