

園児の状況調査票 (3~5歳児) 歳児 ( )歳( )か月 令和 年 月 日現在

氏名	ふりがな	男・女	希望保育園	保育園	愛称														
			年 月 日 生																
健康 診 査	10か月児健診	①受けた ②受けない	[助言された事項: なし・あり( )] [理由: ]																
	1歳6か月児健診	①受けた ②受けない	[助言された事項: なし・あり( )] [理由: ]																
	3歳児健診	①受けた ②受けない	[助言された事項: なし・あり( )] [理由: ]																
病 気 ・ 体 質 等	1 今までにかかった病気やけがはありますか。	いいえ・はい( )																	
	2 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:( )																	
	3 麻疹・風疹の予防接種は受けていますか。	いいえ・はい 保育所は集団保育となりますので、決められた時期に接種するようにしてください。																	
	4 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 )																	
	5 かかりやすい病気・けが及び体質・持病等。(該当に○印) ①扁桃腺が腫れやすい ⑤便秘がち ⑨脱臼しやすい ②下痢しやすい ⑥喘息がしやすい ⑩湿疹 ③鼻血が出やすい ⑦化膿しやすい ⑪ひきつけたことがある(熱性・無熱性)(いつ頃 ) ④吐きやすい ⑧熱が出やすい ⑫アレルギー(食物・アトピー・鼻炎・その他) ⑬その他 ( )																		
発 達	1 足を交互に出して階段をあがりますか。	いいえ・はい																	
	2 両足をそろえて前にとびますか。	いいえ・はい																	
	3 はさみを使って紙を切ることができますか。	いいえ・はい																	
	4 ボタンをはめることができますか。	いいえ・はい																	
	5 靴をひとりではきますか。	いいえ・はい																	
	6 上着を自分で脱ぎますか。	いいえ・はい																	
	7 役割をもった「ごっこ遊び」をしますか。	いいえ・はい																	
	8 友達と順番にものを使うことができますか。	いいえ・はい																	
	9 自分の姓名を言うことができますか。	いいえ・はい																	
	10 単語や二語文が言えますか。	いいえ・はい → 出ている言葉																	
	11 同年齢の子どもと会話ができますか。	いいえ・はい																	
	12 赤・青・黄・緑がわかりますか。	いいえ・はい																	
	13 周りの人や物に関心がありますか。	いいえ・はい																	
	14 その他発達等で相談したいことがありますか	いいえ・はい																	
食 事	1 牛乳は飲みますか。	いいえ・はい (1日 cc)																	
	2 ひとりで食べますか。	いいえ・はい (スプーン・フォーク・箸)																	
	3 食事の傾向	①よく食べる ②普通 ③少ない ④むら食い ⑤ひどい偏食																	
	4 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) どんなものを食べますか。( )																	
排 泄	使っているもの: パンツ・紙オムツ 昼間の排泄: 該当するものに○印を記入してください。			※今、心配していることや癖など															
	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>完全に自立</td> <td>時々失敗するがほぼ自立</td> <td>出た後に教える</td> <td>出ても教えない</td> </tr> <tr> <td>尿</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>便</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				完全に自立	時々失敗するがほぼ自立	出た後に教える	出ても教えない	尿					便					
	完全に自立	時々失敗するがほぼ自立	出た後に教える	出ても教えない															
尿																			
便																			
生 活	睡眠時にオムツをつかいますか。 いいえ・はい			その他 ☆お家の人から見てどんなお子さんですか? ※今、心配していることや癖など															
	1 主な養育者: 昼( )夜( )																		
	2 集団生活の経験	なし・あり ↓ (いつ ところで )																	
	3 午睡: しない・する ( )時から( )時																		
	4 夜は誰と一緒に寝ますか。 大人と同室・大人と別室(兄弟と一緒に・ひとり)																		
5 きき手は? 右・左・わからない	*はこども未来課で記入します。氏名																		
			*面接者																