

園児の状況調査票 (0～1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 年 月 日 生	保育園	愛称
健康 診 査	4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: ()〕		
	7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: ()〕		
	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: ()〕		
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() 平熱()℃ 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 ⑩脱臼しやすい ②下痢しやすい ⑥喘息がしやすい ⑪湿疹 ③鼻血が出やすい ⑦化膿しやすい ⑫ひきつけたことがある(熱性・無熱性) ④吐きやすい ⑧熱が出やすい (いつ頃 回、体温 ℃) ⑨中耳炎になりやすい ⑬アレルギー(食物・アトピー・鼻炎・その他) ⑭その他 ()				
発 達	1 はいはいをしますか。 いいえ・はい 2 ひとりで歩きますか。 いいえ・はい → つたい歩き 3 人見知りがありましたか。 いいえ・はい [独歩(生後 才 ヶ月頃) 4 指差し行動をしますか。 いいえ・はい 5 物が見えにくいという心配がありますか。 いいえ・はい 6 視線が合いますか。 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 相手になって遊んでやると喜びますか。 いいえ・はい 9 どんな遊びが好きですか。 () 10 単語が言えますか。 いいえ・はい → 出ている言葉 11 周りの人や物に関心がありますか。 いいえ・はい 12 うしろから名前を呼んだとき振り向きみますか。 いいえ・はい [13 指で小さい物をつまみますか。 いいえ・はい 14 音楽に合わせて体を楽しそうに動かしますか。 いいえ・はい 15 バイバイこんにちなどはなどの身振りをしますか。 いいえ・はい 16 簡単な指示(○○を持ってきて等)が通りますか。 いいえ・はい 17 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) 5 どのようなものを食べますか。 ()				
睡 眠	1 寝かせ方 (添い寝・抱っこ・おんぶ・1人) 2 寝ぐずりをしますか。 いいえ・はい 3 午睡をしますか しない・する (時から 時) 4 眠くなるとする癖や持つ物がある。 いいえ・はい() 5 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・一人)		排 泄	1 下痢をしやすいですか。 いいえ・はい 2 便秘をしやすいですか。 いいえ・はい 3 使っているもの パンツ・紙パンツ・布おむつ 4 市販のおしりふきでかぶれたことがありますか。 いいえ・はい()	
生 活	1 主な養育者:昼()夜() 2 集団生活の経験 なし・あり(いつ どこで) 3 きき手は? 右・左・わからない		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		
			*はこども未来課で記入します。 氏名		

*面接者

氏名