

園児の状況調査票（3～5歳児用）

記入日 令和 年 月 日

この調査票は入園希望時の児童の状況を把握するためのものです。該当する箇所にチェック、必要な箇所に記述をしてください。

※ 本調査票を含む保育所等の申込み内容を入園を希望する各保育施設と情報共有することに同意します。

(保護者名)				
フリガナ		性別	児童の愛称	
児童氏名		☐ 男 ☐ 女		
生年月日	令和 年 月 日	歳児 (歳 か月)	平熱	℃
健康 診 査	10か月健診	☐ 受けた ☐ 受けない	助言された事項 ☐ ある ☐ なし	ある場合 その内容
	1歳6か月健診	☐ 受けた ☐ 受けない	助言された事項 ☐ ある ☐ なし	ある場合 その内容
	3歳児健診	☐ 受けた ☐ 受けない	助言された事項 ☐ ある ☐ なし	ある場合 その内容
病 気 ・ 体 質 等	① 今までにかかった大きな病気やけがはありますか。 ☐ いいえ ☐ はい 傷病名 ()			
	② 現在治療している病気はありますか。 ☐ いいえ ☐ はい 「はい」の場合・・・ 内容 () 医療機関名 ()			
	③ 予防接種は現時点で接種可能なものは受けていますか。 ☐ 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お願いします。			
	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)			
	☐ 扁桃腺が腫れやすい ☐ 喘息がしやすい ☐ 湿疹			
	☐ 下痢しやすい ☐ 化膿しやすい ☐ ひきつけたことがある(熱性・無熱性)			
	☐ 鼻血が出やすい ☐ 熱が出やすい (いつ頃: 歳 か月頃 回)			
	☐ 吐きやすい ☐ 中耳炎になりやすい ☐ アレルギー (☐ アトピー ☐ 鼻炎 ☐ その他)			
	☐ 便秘がち ☐ 脱臼しやすい ・「その他」の場合 ()			
⑥ 食べ物のアレルギーはありますか。 ☐ ない ☐ ある				
・「ある」場合には、品目 ☐ 卵 ☐ 木の実類 ☐ 牛乳 ☐ 小麦				
☐ その他 ()				
・アナフィラキシー症状を起こしたことはありますか。 ☐ ない ☐ ある				
・医師の診断は受けましたか。 ☐ いいえ ☐ はい				
・医師からの指導内容 ()				
⑦ 食べ物以外のアレルギーはありますか。 ☐ ない ☐ ある				
・「あり」場合には、原因 ()				
・医師からの指導内容 () 医療機関名 ()				

※裏面もご確認ください。

発達	① 足を交互に出して階段をあがりますか。	(歳 月頃)
	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
食事	・「はい」の場合、現在出ている言葉を教えてください。 []	
	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
睡眠	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
	・「はい」の場合、気になることがあればご記入してください。	
	① 食事の仕方	☐ 大人が食べさせる ☐ 自分で食べる (☐ スプーン ☐ フォーク ☐ 箸)
	② 食事の傾向	☐ よく食べる ☐ 普通 ☐ 少ない ☐ むら食い ☐ ひどい偏食
排泄	③ おやつを食べますか。	☐ いいえ ☐ はい (☐ 毎日 時頃 ☐ 時間は決まってない)
	・「はい」の場合、どんなものを食べますか。 ()	
	④ 牛乳は飲みますか。	☐ いいえ ☐ はい (1日 CC)
	① 毎日、午睡(昼寝)をしますか。	☐ しない ☐ する (時から 時)
生活	② 夜は誰と一緒に寝ますか。	☐ 大人と同室 ☐ 大人と別室 (☐ きょうだいと一緒に ☐ 1人)
	① 使っているおむつ	☐ パンツ ☐ 紙おむつ ☐ 布おむつ
	② 昼間の排泄について	小便 ☐ 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 大便 ☐ 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
	③ オムツをとる練習をしていますか。	☐ いいえ ☐ はい
その他	④ 睡眠時にオムツをつかいますか。	☐ いいえ ☐ はい
	① 主な養育者	昼間 () 夜 ()
	② 集団生活の経験	☐ ない ☐ ある ・「ある」場合・・・ 時期 (年 月 ~ 年 月) 施設名 ()
	③ 利き手について	☐ 右 ☐ 左 ☐ わからない
その他	お子様のことで、知らせておきたいことがありましたらご記入ください。	