

児童の状況調査票			3歳児 ( )歳( )か月		記入日令和 年 月 日		受付 No.														
氏名	ふりがな		性別	生年月日		なるべく提出直前に 記入して下さい。															
	第	子		男・女	年		月 日 生														
健康 診査	10か月児健診 ①受けた [助言された事項: なし・あり ( )] ②受けない [理由: ( )]																				
	1歳6か月児健診①受けた [助言された事項: なし・あり ( )] ②受けない [理由: ( )]																				
	3歳児健診 ①受けた [助言された事項: なし・あり ( )] ②受けない [理由: ( )]																				
病気・ 体質等	1 平熱 ( )℃																				
	2 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「 ( ) 」																				
	3 現在、継続治療中の病気はありますか。 いいえ・はい 「はい」の方の場合・・・ 内容( ) 医療機関名:( )																				
	4 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。																				
	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。(下記①～⑭のうち、該当するものにシ点を付け、必要に応じ質問事項をご記入下さい。)																				
	①扁桃腺が腫れやすい		⑥便秘がち		⑪湿疹																
	②下痢しやすい		⑦喘息がしやすい		⑫ひきつけたことがある(回数 回、体温 ℃)																
	③鼻血が出やすい		⑧化膿しやすい		薬を飲んでいますか。( はい・いいえ )																
	④中耳炎にかかりやすい		⑨熱が出やすい		⑬アレルギー(アトピー・鼻炎・食物〔食物名: ( )〕)																
⑤吐きやすい		⑩脱臼しやすい		⑭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 ままごとなどのごっこ遊びをしますか。 いいえ・はい																				
	4 自分の名前を言うことができますか。 いいえ・はい																				
	5 目をみて話しますか。 いいえ・はい																				
	6 三語文が言えますか。 いいえ・はい																				
	7 赤・青・黄・緑がわかりますか。 いいえ・はい																				
	8 長短、大小がわかりますか。 いいえ・はい																				
	9 特定の物や場所へのこだわりがありますか。 いいえ・はい																				
	10 周りの人や物に関心がありますか。 いいえ・はい																				
食 事	1 食べるときは <input type="checkbox"/> 自分で食べる( a、箸 b、スプーン c、フォーク ) <input type="checkbox"/> 食べさせてもらったり自分で食べる																				
	2 食べ終わるまで座っていられますか。 いいえ・はい																				
	3 好き嫌いはありますか。 いいえ・はい 【嫌いなもの ( )】																				
排 泄	1 使っているもの <input type="checkbox"/> パンツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ																				
	2 昼間の排泄 : 該当するものに○印を記入してください。 <table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td></td> <td>完全に自立</td> <td>時々失敗</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	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	出た後に教える	出ても教えない																	
尿																					
便																					
睡 眠	1 睡眠中にオムツを使いますか。 いいえ・はい																				
	2 寝かせ方は <input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> 抱っこ <input type="checkbox"/> おんぶ <input type="checkbox"/> 一人で寝る																				
	3 眠くなるとやる癖や持つ物などありますか。 いいえ・はい【癖や物 ( )】																				
	4 現在、昼寝をしますか。 いいえ・はい → 【 ( ) 時頃～ ( ) 時頃】																				
生 活	1 主な養育者 : 昼 ( ) 夜 ( )																				
	2 集団生活の経験はありますか。 いいえ・はい 「はい」の場合 ( 時期 年 月～ 年 月(頃) ) 『 施設名』 ( )																				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>出ている言葉 ( )</p> <p>具合の悪い時に預けられる人はいますか？(父母以外) いない・いる〔続柄( )〕 ↳ 体調不良時の主な対応者「 ( ) 」</p> <p>入所後に行なう慣らし保育(短時間からの保育)について <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 期間によっては園との相談を希望 <input type="checkbox"/> 不可能 &gt;&gt; 理由「 ( ) 」</p> <p>希望する時間 (実際の保育時間は園と相談の上、指示に従ってください。) : ~ : 土曜保育の希望 (家族全員が就労の場合にのみ。別途、園に申請が必要となります。) する・しない</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>面接 対応者</p> <p>保育園名 小川・旭町・石津・大井川</p> <p>担当者 園長・副園長・その他( )</p> <p>(備考) &gt;&gt;&gt; 保育士記入欄</p> </div> </div> <p>※職員の加配(増員)を必要とする様な疾病等を記入しないまま入所が内定し、後日発覚した場合に、職員が確保出来るまでお預かりが出来なくなる場合がありますので、内容をよく読んで漏れなくご記入ください。</p>																					