

児童の状況調査票			0歳児 ( )か月	記入日	令和 年 月 日	受付 No.
氏名	ふりがな	第 子	性別	生年月日		なるべく提出直前に記入して下さい。
			男・女	年 月 日生		
健康診査	4 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: ]				
	6 か月児相談	①受けた [助言された事項: なし・あり ( )] ②受けない [理由: ]				
	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: ]				
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、該当するものにレ点を付け、必要に応じ質問事項をご記入)					
	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 °C) 薬を飲んでいますか。(はい・いいえ)			
	③鼻血が出やすい	⑧化膿しやすい	⑬アレルギー(食物・アトピー・鼻炎・その他)			
	④中耳炎にかかりやすい	⑨熱が出やすい	⑭その他 ( )			
⑤吐きやすい	⑩脱臼しやすい					
成長の ようす	1 首がすわりましたか。いいえ ・ はい → 令和( )年( )月頃		具合の悪い時に預けられる人はいますか?(父母以外)			
	2 寝返りをしますか。いいえ ・ はい → 令和( )年( )月頃		いない ・ いる [続柄( )] ↳ 体調不良時の主な対応を「 」			
	3 名前を呼ばれたら目が合いますか。いいえ ・ はい		入所後に行なう慣らし保育(短時間からの保育)について			
	4 あやすと笑いますか。いいえ ・ はい		<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 期間によっては園との相談を希望			
	5 おとなしく手がかからないですか。いいえ ・ はい		<input type="checkbox"/> 不可能 >>理由「 」			
	6 親を見つけると喜んで声を出しますか。いいえ ・ はい		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。)	
	7 夜泣きをしますか。いいえ ・ はい		: ~ :		する ・ しない	
	8 鏡に映った自分の顔に反応しますか。いいえ ・ はい					
	9 はいはいをしますか。いいえ ・ はい					
	10 つかまり立ちができますか。いいえ ・ はい		子育てで困っていることがありますか。(心配していることやけ等)			
食事	1 授乳方法 母乳・ミルク					
	2 離乳食は始まりましたか。いいえ ・ はい					
排泄	1 大便の回数と普段の便の様子 回数:(1日 回位) 便の様子:イ、硬め □、ゆるめ ハ、ふつう					
	2 排泄について気になること( )					
睡眠	1 睡眠時間 午前:( )時~( )時頃 午後:( )時~( )時頃 夜間:( )時~( )時頃					
	2 寝かせ方 <input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> だっこ <input type="checkbox"/> おんぶ <input type="checkbox"/> 一人		面接 対応者		保育園名 小川・旭町・石津・大井川 担当者 園長・副園長・その他( )	
	3 眠くなるとする癖や持つ物がありますか。なし・あり( ) (備考)>>保育士記入欄					
	4 寝ぐずりをしますか。しない・する					
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 時期 年 月~ 年 月(頃) 「はい」の場合 施設名『 』		※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。			