

児童の状況調査票		4・5歳児 ( )歳( )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		
			男・女	年 月 日生		
健康 診査	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、該当するものにレ点を付け、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 スキップができますか。 いいえ・はい					
	2 はさみを使って紙を直線にそって切ることができますか。 いいえ・はい					
	3 ひとりで着衣ができますか。 いいえ・はい					
	4 ごっこ遊びをしますか。 いいえ・はい					
	5 同年齢の子ども達と遊べますか。 いいえ・はい					
	6 簡単なルール(順番やジャンケンetc)がわかりますか。 いいえ・はい					
	7 正しい発音ができますか。 いいえ・はい					
	8 思ったことを文章で言いあらわすことができますか。 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 同年代の子どもと会話ができますか。 いいえ・はい					
	11 数の理解ができますか。(5ぐらいまで) いいえ・はい					
食 事	1 牛乳は飲みますか。 いいえ・はい					
	2 ひとりで食べますか。 いいえ・はい ↳ <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 箸					
	3 食事の傾向 <input type="checkbox"/> 良く食べる <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> むら食い <input type="checkbox"/> ひどい偏食					
	4 おやつを食べますか。 いいえ・はい >>「はい」の場合 <input type="checkbox"/> [時間: 時頃] <input type="checkbox"/> 時間は決まっていない					
排 泄	1 大便や小便が出たくなったらトイレへ行きますか。 いいえ・はい					
	2 大便の後始末が出来ますか。 いいえ・はい					
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『 ( ) 』					
				気になる発音		面接 対応者
				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「 ( ) 」		
				入所後に行なう慣らし保育(短時間からの保育)について		小川・旭町・石津・大井川
				<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 >>理由「 ( ) 」		園長・副園長・その他( )
				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。)		(備考)>>保育士記入欄
				: ~ :		
				する・しない		※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。
				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くせ等)		
				その他、お子さんのことで知らせておきたいことがありますか。		