

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」の場合・・・内容() 医療機関名:() 入所した際、配慮の必要はありますか。()										
	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 ℃) 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者「 」					
	3 名前を呼ばれたら目が合いますか。 いいえ ・ はい					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。)					
	4 あやすと笑いますか。 いいえ ・ はい										
	5 おとなしく手がかからないですか。 いいえ ・ はい					□ なし □ あり(月 回程度・毎週)					
	6 夜泣きをしますか。 いいえ ・ はい					入所後、平日希望する時間 (実際の保育時間は園と相談の上、指示に従ってください。)			入所後に行なう慣らし保育(短時間からの保育)について		
	7 はいはいをしますか。 いいえ ・ はい										
	8 つかまり立ちができますか。 いいえ ・ はい										
食 事	1 授乳方法 母乳 ・ ミルク ・ 混合					: ~ :			□ 了承しました。		
	2 離乳食は始まりましたか。いいえ・はい →令和 年 月頃										
排 泄	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					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)					
睡 眠	1 睡眠時間 昼間: ()時～()時頃 夜間: ()時～()時頃					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。					
	2 寝かせ方 □添い寝 □だっこ □おんぶ □一人										
	3 眠くなるとする癖や持つ物がありますか。 なし・あり ()					面接 対応者		保育園名 担当者			
	4 寝ぐずりをしますか。 しない ・ する ・ 時々										
生 活	1 主な養育者 : 昼()夜()					(備考)>>>保育士記入欄					
	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『 』										