

児童の状況調査票		2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	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: ()]						
	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: ()]						
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 °C)		
	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 歩き始めたのはいつですか。(生後 月頃～)						
	2 二語文を話しますか。 いいえ ・ はい → 今でている言葉 ()						
	3 大きい、小さいがわかりますか。 いいえ ・ はい ()						
	4 親から離れて遊びますか。 いいえ ・ はい ()						
	5 目を見て話しますか。 いいえ ・ はい 具合の悪い時に預けられる人はいますか?(父母以外)						
	6 おとなしく手がかからないですか。 いいえ ・ はい いない ・ いる [続柄()]						
	7 特定の物や場所へのこだわりがありますか。 いいえ ・ はい ↳ 体調不良時の主な対応者 「 () 」						
	8 同年齢の子ともたちと遊ぶことを喜びますか。 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						
食事	1 牛乳を飲みますか。 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						
	2 ひとりで食べますか。 いいえ ・ はい <input type="checkbox"/> 不可能 >>理由「 () 」						
	3 食事の <input type="checkbox"/> 良く食べる <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少食 傾向 <input type="checkbox"/> むら食い <input type="checkbox"/> 偏食						
	4 おやつを食べますか。 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。) する ・ しない						
排泄	1 おむつ <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 昼寝の時のみ <input type="checkbox"/> 1日中						
	2 おむつをとる練習をしていますか。 いいえ ・ はい						
	3 大便・小便について						
	① 一人で便所に行き排泄する。 大便 [はい・いいえ] 小便 [はい・いいえ]						
	② 出たくなると知らせる。 大便 [はい・いいえ] 小便 [はい・いいえ]						
③ 時間で連れて行けば出る。 大便 [はい・いいえ] 小便 [はい・いいえ]							
④ もらしてから知らせる。 大便 [はい・いいえ] 小便 [はい・いいえ]							
睡眠	面接 保育園名 小川・旭町・石津・大井川						
	担当者 園長・副園長・その他()						
	(備考)>>保育士記入欄						
生活	1 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						
	2 眠くなるとする癖や持つ物などがありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(癖や物: ())						
3 寝ぐずりをしますか。 しない ・ する							
4 現在昼寝をしますか。 しない ・ する(時頃～ 時頃)							
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「 () 」							
※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。							