

児童の状況調査票		1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			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 ℃) 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 はいはいをしますか。		いいえ ・ はい		<input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> 独歩 → (生後 月頃から) 今、出ている言葉		
	2 ひとりで歩きますか。		いいえ ・ はい				
	3 人見知りがありましたか。		いいえ ・ はい				
	4 物が見えにくいという心配がありますか。		いいえ ・ はい				
	5 音楽に合わせて体を楽しそうに動きますか。		いいえ ・ はい				
	6 音が聞こえにくいという心配がありますか。		いいえ ・ はい				
	7 おもちゃ(車・人形など)で遊びますか。		いいえ ・ はい				
	8 絵本に興味を示しますか。		いいえ ・ はい				
	9 「バイバイ」、「こんにちは」などの身振りをしますか。		いいえ ・ はい				
	10 簡単な指示(〇〇を持ってきて等)が通りますか。		いいえ ・ はい				
	11 名前を呼ぶと振り向きませんか。		いいえ ・ はい				
	12 指差しがありますか。		いいえ ・ はい				
食事	1 現在の食事内容は		<input type="checkbox"/> 大人と同じ <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 離乳食 <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク(メカと名前 ())		生活について		
	2 卒乳しましたか。		いいえ ・ はい		1 主な養育者：昼()夜()		
	3 コップを持って飲むことができますか。		いいえ ・ はい		2 集団生活の経験はありますか。 いいえ ・ はい 「はい」の時期 年 月～ 年 月(頃) 場合 施設名「()」		
	4 牛乳を飲んでいますか。		いいえ ・ はい〔 歳 月頃から〕		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 「()」		
	5 食事の仕方		<input type="checkbox"/> 大人が食べさせる <input type="checkbox"/> 大人が上げたり自分で食べる <input type="checkbox"/> 自分で食べる(箸 スプーン フォーク)		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>>>理由「()」		
	6 好き嫌いはありますか		なし ・ あり(嫌いなもの ())		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。)		
	7 食物アレルギーはありますか		なし ・ あり(食物名： ())		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		
	8 除去食をしていますか。		していない ・ している(食物名： ())		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)		
	9 間食は時間を決めていますか。		いいえ ・ はい				
排泄	1 大便の回数		回数(1日約 ()回)		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。		
	普通の便の様子		<input type="checkbox"/> 硬め <input type="checkbox"/> ゆるめ <input type="checkbox"/> 普通				
	2 屋間は・・・		<input type="checkbox"/> パンツのみ <input type="checkbox"/> 屋間のみおむつ <input type="checkbox"/> おむつのみ				
	3 おむつを取る練習をしていますか。		はい ・ いいえ				
「はい」イ. どのように練習していますか。()		の方>> ロ. 出たくなるとするしぐさや間隔は ()		面接 対応者	保育園名	小川・旭町・石津・大井川	
4 その他に伝えたいこと ()				担当者	園長・副園長・その他()		
				(備考)>>>保育士記入欄			
睡眠	1 睡眠の時間		午前()時～()時頃 午後()時～()時頃 夜間()時～()時頃		※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。		
	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				
	3 眠くなるとする癖や持つ物がありますか。		なし ・ あり → ()				
	4 寝ぐずりをしますか。		しない ・ する				