

児童の状況調査票

|                                                         |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                             |  |                                                          |  |    |  |      |  |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------|--|----|--|------|--|
|                                                         |                                                                                                                                                                                                                               | 記入日                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 令和                                                                                                                                                          |  | 年                                                        |  | 月  |  | 日    |  |
|                                                         |                                                                                                                                                                                                                               | 保護者氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                             |  |                                                          |  |    |  |      |  |
| ふりがな                                                    |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 性別                                                                                                                                                          |  | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 |  | 愛称 |  |      |  |
| 児童氏名                                                    |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 生年月日                                                                                                                                                        |  | 令和                                                       |  | 年  |  | 月 日  |  |
|                                                         |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                             |  | ( 現在                                                     |  | 歳  |  | か月 ) |  |
| 集団保育                                                    |                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 経験あり ( <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 託児所 <input type="checkbox"/> その他 ( ) )                                                                                                                                                      |  | <input type="checkbox"/> 経験なし                                                                                                                               |  |                                                          |  |    |  |      |  |
| 定期健診<br>の受診歴                                            |                                                                                                                                                                                                                               | ※ 受診済みのものに☑                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | <input type="checkbox"/> 4か月 <input type="checkbox"/> 10か月 <input type="checkbox"/> 1歳半 <input type="checkbox"/> 3歳 <input type="checkbox"/> その他 (小児科等定期受診) |  |                                                          |  |    |  |      |  |
| 乳児期の<br>発達等                                             |                                                                                                                                                                                                                               | 出生時の体重 : g                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                             |  |                                                          |  |    |  |      |  |
|                                                         |                                                                                                                                                                                                                               | 首のすわり : か月頃 寝返り : か月頃 おすわり : か月頃 はいはい : か月頃                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                             |  |                                                          |  |    |  |      |  |
|                                                         |                                                                                                                                                                                                                               | つかまり立ち : か月頃 つたい歩き : か月頃 歩き始め : か月頃                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                             |  |                                                          |  |    |  |      |  |
| 生活習慣等                                                   | 食事                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 離乳食 ( <input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 完了期 ) <input type="checkbox"/> 普通食                                            |  |                                                                                                                                                             |  |                                                          |  |    |  |      |  |
|                                                         |                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 自分で食べようとする <input type="checkbox"/> 一人で食べる                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                             |  |                                                          |  |    |  |      |  |
|                                                         |                                                                                                                                                                                                                               | 使用しているもの : <input type="checkbox"/> 哺乳瓶 <input type="checkbox"/> まぐまぐ <input type="checkbox"/> ストロー <input type="checkbox"/> コップ <input type="checkbox"/> スプーン、フォーク <input type="checkbox"/> お箸                                                                                                                |  |                                                                                                                                                             |  |                                                          |  |    |  |      |  |
|                                                         |                                                                                                                                                                                                                               | 食物アレルギー : <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 除去食希望 : <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                             |  |                                                          |  |    |  |      |  |
|                                                         | アレルギー食品 : <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 落花生 <input type="checkbox"/> 甲殻類(エビ・カニ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                             |  |                                                          |  |    |  |      |  |
| 症状 ( )                                                  |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                             |  |                                                          |  |    |  |      |  |
| 排泄                                                      |                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> おむつ ( <input type="checkbox"/> 布 <input type="checkbox"/> 紙 ) <input type="checkbox"/> トレーニング中 ( <input type="checkbox"/> オマル <input type="checkbox"/> トイレ ) <input type="checkbox"/> 知らせる ( <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 便 ) <input type="checkbox"/> ひとりでできる |  |                                                                                                                                                             |  |                                                          |  |    |  |      |  |
| 睡眠                                                      |                                                                                                                                                                                                                               | 朝起きる時間 ( 時頃 ) 昼寝の時間 ( 時 ~ 時頃 分程度 ) 夜寝る時間 ( 時頃 )                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                             |  |                                                          |  |    |  |      |  |
| 着脱                                                      |                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえばできる <input type="checkbox"/> できない                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                             |  |                                                          |  |    |  |      |  |
| ことば                                                     |                                                                                                                                                                                                                               | 初語の時期 ( か月 ) <input type="checkbox"/> 単語が出ている(例：ワンワン、マンマ) <input type="checkbox"/> 2語文を話す(例：ワンワンきた)                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                             |  |                                                          |  |    |  |      |  |
|                                                         |                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 自分の名前が言える <input type="checkbox"/> 日常会話ができる                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                             |  |                                                          |  |    |  |      |  |
| 健康状態等                                                   |                                                                                                                                                                                                                               | 今までにかかった病気 : <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                   |  |                                                                                                                                                             |  |                                                          |  |    |  |      |  |
|                                                         |                                                                                                                                                                                                                               | 現在治療中の病気 : <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> あり ( 病名 : )                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                             |  |                                                          |  |    |  |      |  |
|                                                         |                                                                                                                                                                                                                               | ※ かかりやすい症状等該当するものに☑                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                             |  |                                                          |  |    |  |      |  |
|                                                         |                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 熱性痙攣 <input type="checkbox"/> ひきつけ <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐                                           |  |                                                                                                                                                             |  |                                                          |  |    |  |      |  |
|                                                         |                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 脱臼 ( 部位 : ) <input type="checkbox"/> 湿疹・皮膚炎 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                             |  |                                                          |  |    |  |      |  |
| 受給状況等                                                   |                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 ( 級 ) <input type="checkbox"/> 療育手帳 ( 判定 : ) <input type="checkbox"/> 療育通園                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                             |  |                                                          |  |    |  |      |  |
| 定期健診時に医師や保健師・栄養士などに指摘を受けたことがありますか？                      |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                             |  |                                                          |  |    |  |      |  |
| <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                             |  |                                                          |  |    |  |      |  |
| お子さんの成長について、専門機関に相談や通所されたことがありますか？                      |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                             |  |                                                          |  |    |  |      |  |
| <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                             |  |                                                          |  |    |  |      |  |
| 保育施設への入所にあたり心配や気になることはありますか？                            |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                             |  |                                                          |  |    |  |      |  |
| <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                             |  |                                                          |  |    |  |      |  |

※1 この調査票に関する情報は、保育施設等利用申込に関する資料、入所決定施設における面接資料として使用し、それ以外の目的には使用いたしません。

※2 この調査票は、保育所等の入所の可否には一切関係しません。

※3 該当する箇所にもしくは記入をして、利用希望児童一人につき一枚をご提出ください。