

# 児童状況調査表

(記載例)

児童	クラス名	0歳児	3歳児	きんめ組	
		1歳児	4歳児		
		2歳児	5歳児		
	ふりがな	しもだ なつみ		家庭での呼び名	
	氏名	下田 夏海		なつ	性別 男・女
保護者	生年月日	平成25年 4月 10日	血液型 A 型	平常体温 36.3℃	緊急連絡先 自宅の電話番号 0558-33-4455 携帯電話 父:080-1234-5678 母:070-1111-2222 父勤務先 伊豆銀行下田支店 TEL:0558-22-0000 母勤務先 下田商事 TEL:0558-33-0000 その他(祖父母・親戚等) 祖母(波子携帯) TEL:070-5555-9999 保険証 [保険者名] 全国健康保健協会静岡支部 [記号] 112333 [番号] 999
	現住所	※楷書・○番地、○番○号など住民票記載の住所を記入 下田市一丁目××番△号			
	氏名	しもだ たろう	児童との関係 父		
現住所	※楷書・○番地、○番○号など住民票記載の住所を記入 下田市一丁目××番△号				
家庭環境	続柄	氏名 ふりがな	生年月日	年齢	
	父	しもだ たろう 下田 太郎	S57.1.1	36	
	母	はなこ " 花子			
	祖母	なみこ " 波子			
	兄	" 太一			
	兄	" 太陽			
	H30.4.1時点の年齢を記入してください				
児童の現況	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅でみている [ 保育者 <input checked="" type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> その他( ) ] <input type="checkbox"/> 保育所・幼稚園等に在園 施設名: 在園期間:平成 年 月 日~平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> その他 [ ]				
園に対する希望	※特に児童に対してお願いすること、希望することなど				

出生状況	第2子	出生時の体重 3200 g				※特記事項	
	分娩経過 ① 正常 2 早産 (      ヶ月)						
発	あやすと笑う(    )か月 首のすわり(    )か月 おすわり(    )か月						
	はいはい開始(    )か月 一人歩き(    )か月 ことばの始まり(    )か月						
	離乳食開始(    )か月 離乳食終了(    )か月 おむつはずし開始(    )か月						
育	健康	1歳6か月健診	① うけている		2 うけていない		
	健康	2歳・2歳6か月健康相談	① うけている		3 うけていない		
	健康	3歳児 健診	1 うけている		② うけていない		
状況	( <input checked="" type="radio"/> 有 ) 状況( 言葉が遅い気がする )						
	障害・発達のおつまづきはありますか 有の方のみ 障害者手帳を持っていますか ( <input type="radio"/> 無 ) 療育・身体 特別児童扶養手当を受給していますか ( <input type="radio"/> 無 ) 1級・2級 )						
今までのにかかった病気等	アレルギーの有無		( <input checked="" type="radio"/> 無 ) アレルギーの種類( 花粉・牛乳・卵 )				
	麻疹(はしか)	水ぼうそう	風しん	耳下腺炎(おたふくかぜ)	突発性発疹	中耳炎	
	年 月 日	平成29年6月3日	年 月 日	年 月 日	平成28年1月20日	年 月 日	
	肺炎	喘息	ひきつけ(最後の発症日)	脱臼(最後の発症日)	熱性けいれん(最後の発症日)	川崎病	
	年 月 日	年 月 日	平成29年5月13日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	心臓疾患	腎疾患	水ぼうそう	その他(      )			
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: 30%;"> <p>該当の既往歴についてのみ記入してください。</p> </div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: 30%;"> <p>母子手帳を参考に接種歴を記入してください。</p> </div> </div>							
予防接種	Hib(ヒブワクチン)	1回(平成25年10月10日) 2回(    年    月    日) 3回(    年    月    日)					追加(    年    月    日)
	肺炎球菌感染症	1回(平成25年 12月 12日) 2回(    年    月    日) 3回(    年    月    日)					追加(    年    月    日)
	4種混合(3種混合)	1回(    年    月    日) 2回(    年    月    日) 3回(    年    月    日)					第1期追加(    年    月    日)
	BCG	(    年    月    日)					
	麻疹・風しん混合	1期(    年    月    日)		2期(    年    月    日)			
	水痘(みずぼうそう)	1回(    年    月    日)		2回(    年    月    日)			
	日本脳炎	1回(    年    月    日) 2回(    年    月    日) 3回(    年    月    日)					追加(    年    月    日)
	その他(任意接種含む)	ロタ					
		(平成28年2月8日)		(    年    月    日)		(    年    月    日)	

児 童 の 状 況	発 育 と 健 康	発育状況	良好・普通・不良	
		食 事	食欲	さかん・普通・むら・ない
			好き嫌い	ない・少し・多い
				(好きなもの パン いちご 嫌いなもの きゅうり )
			時間	朝食:( 7時 30分頃) 夕食:( 18時 00分頃)
	一人で食べられる(スプーン・箸・フォーク)・食べさせてもらう 普通の食事 完食までに時間が(かかる・普通・かからない)			
	排 泄	大 便	( 午前 午後 ) ( 一人のできる・できない ) ( もらす・もらすこともある・もらさない )	
			( ことば 動作 ) で知らせることが( できる・できない )	
		小 便	もらさない・もらすこともある・もらすことが多い	
			( ことば 動作 ) で知らせることが( できる・できない )	
	おむつ	していない・している(一日中・寝るときだけ) トイレトレーニング ( 中・完了 )		
	睡 眠	寝る時間( 時頃) 起きる時間( 時頃) 午睡( しない・する )		
		良く寝る 寝ぼける・眠りが浅い		
		寝起きが 良い 普通・悪い		
		おねしょ [しない・する( 毎日・時々 )]		
ことば		ただしく発音できる・赤ちゃん言葉が残っている・よく話をする・あまり話さない・その他(		
利き手	右利き・左利き・両手利き・左利きを右利きに矯正した			
性 質	良いと思うところ	温和なところ。お絵かきや工作に集中する。		
	直したいところ	人見知りなところ。新しいことになかなかチャレンジできない。		
	好きな遊び	屋内 ままごと、ぬりえ 屋外 お散歩		
かかりやすい病気	RSウィルス、中耳炎			
今までにした怪我	右ひじ脱臼			
その他				
かかりつけの病院				
内科・小児科	外科			
下田 病(医)院	下田整形外科 病(医)院			
電話	電話			

☆通園の順路

(1) 自宅から園まで通う方法と所要時間を書いてください。

( 車 ) 徒歩 ・ 自転車 ・ その他 ) ( 15 分 時間 ) ※片道

(2) 自宅周辺の略図をわかりやすく描いてください。

※ 通園上危険な場所に赤○印をつけてください。

※ 自宅付近の目標をわかりやすく書いてください。

園児の写真をここに貼ってください。プリント写真等の切り抜きで可。継続在園児は貼りなおさなくても可。



マップ等を印刷して貼っても可

☆在園児について： 返却後、変更があった場合は変更箇所を赤字で記入してください。

赤字修正後の変更の場合は、下欄もご利用下さい。

変更箇所	(氏名・住所・勤務先・ 保険証等)	

緊急連絡先	続柄	氏名	連絡先(職場等)	電話番号①	電話番号②

☆現在のからだのようす※どんなことでも結構ですので、変化があったことを記入し、保護者の確認印をお願いします。

	内科	耳鼻科・眼科	その他 (園へ知らせておきたいこと等)	保護者確認印
0歳				印
1歳		中耳炎になりやすい		印
2歳				印
3歳				印
4歳				印
5歳				印