

児童調査票

記入日 年 月 日 入園日 年 月 日

園児	氏名	写真を貼ってください スナップ写真の添付可
	男・女	
	生年月日・年齢	
	平成 年 月 日 才	

保護者	氏名	生年月日・年齢
	男・女	平成 年 月 日 才
	住所	自宅の電話
	勤務先名	勤務先電話
	勤務先住所	

家族構成	氏名	生年月日	年齢	職業・在学名	続柄

緊急連絡先	① 連絡先名	連絡先電話番号
	② 連絡先名	連絡先電話番号

生活の様子 ( 必要事項を記入または該当する□にチェックを入れてください )

食事	<input type="checkbox"/> 普通食 好きな食べ物 ( ) 嫌いな食べ物 ( ) <input type="checkbox"/> 離乳食 ( <input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> やわらかめ <input type="checkbox"/> きざみ食 ) <input type="checkbox"/> ミルク ( <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 人工 <input type="checkbox"/> 混合 )
排泄	<input type="checkbox"/> 紙おむつ使用 ( <input type="checkbox"/> 睡眠中のみおむつ ) <input type="checkbox"/> トレーニング中 ( <input type="checkbox"/> 排泄を知らせる <input type="checkbox"/> 時間を見てトイレに誘う ) <input type="checkbox"/> 完了
睡眠	睡眠時間 ( 昼 時～ 時 ) ( 夜 時～ 時 ) 寝付き <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い 寝起き <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い
遊び	好きな遊び
家での愛称	

出生時の状況			
妊娠期間 週 日		出生時体重 kg	出生時身長 cm
出生時の頭囲 cm			
出産時に特別な処置（仮死状態、保育器使用、酸素使用など）がありましたか？ <input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし			
乳幼児健診状況について			
1 か月健診	<input type="checkbox"/> 受けた 【指導 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（内容） <input type="checkbox"/> 受けていない		
4 か月健診	<input type="checkbox"/> 受けた 【指導 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（内容） <input type="checkbox"/> 受けていない		
10 か月健診	<input type="checkbox"/> 受けた 【指導 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（内容） <input type="checkbox"/> 受けていない		
1 歳半健診	<input type="checkbox"/> 受けた 【指導 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（内容） <input type="checkbox"/> 受けていない		
3 歳児健診	<input type="checkbox"/> 受けた 【指導 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（内容） <input type="checkbox"/> 受けていない		
予防接種について（麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎にかかったばあい記入）			
予防接種	かかってしまった（年齢）		予防接種
<input type="checkbox"/> MR（麻疹・風疹）	<input type="checkbox"/> 麻疹にかかった	才	<input type="checkbox"/> ヒブ
	<input type="checkbox"/> 風疹にかかった	才	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌
<input type="checkbox"/> 水痘（水ぼうそう）	<input type="checkbox"/> 水痘にかかった	才	<input type="checkbox"/> 日本脳炎
<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 （おたふくかぜ）	<input type="checkbox"/> おたふくにかかった	才	<input type="checkbox"/> 4 種混合 ジフテリア・破傷風・百日咳・ポリオ
<input type="checkbox"/> BCG			<input type="checkbox"/> その他

かかった病気と現在のようすについて		
<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 特にない		
上記の項目についてかかった時の様子と、現在の状況や医師の指示について記入例を参考にご記入ください。		
診断名	かかった時の様子	現在の症状・医師の指示・病院名・関係機関名等
（記入例） 熱性けいれん	1 歳 2 か月の時、39℃の熱でけいれんし、意識がなくなり救急車を呼んだ。	熱が38℃になれば、座薬を入れるように指示されている。（〇〇病院）。
食物アレルギーがあるお子様は別紙アレルギー指示書のご記入をお願い致します。		
かかりつけ医		
病院名	診療科	医師名
電話	住所	医師
相談したいことがあればご記入ください		

他添付書類 母子手帳（健診の記録のページ）保険証のコピー

入所時健診書（1 か月以内に受けた乳幼児健診も可）食物アレルギーの方はアレルギー指示書