

児童調査票 (こども園 一時保育事業用)

年 月 日記入

ふりがな				年 月 日生
1 児童名				性別 (男 ・ 女) 血液型 ()
2 住所	〒			TEL
3 連絡先	優先①	()	優先③	()
	優先②	()	優先④	()
4 生育歴	妊娠中		出産時	
異常	無	有	分娩異常	無
浮腫 ・ 蛋白尿 ・ 高血圧			体重 ()g	身長 ()cm
その他 ()			在胎 週	
首のすわり ()	初歩 ()	寝返り ()	人見知り ()	言葉の言いはじめ ()
アルルギー	無・有 ()	指差し ()	以前あったが解除 (解除日:) 食品: ()	
5 検診				
乳幼児健診 4か月検診 (受診 ・ 未受診)	1歳6か月 (受診 ・ 未受診)	3歳6か月 (受診 ・ 未受診)		
乳幼児健診特記事項	カ月検診	内容 ()		
乳幼児健診特記事項	カ月検診	内容 ()		
6 体質 (Oをしてください)				
下痢をしやすい		蕁麻疹がでやすい		
かぶれやすい		関節が外れやすい		
ひきつけを起こしたことがある (°C)		お子様の平熱 (°C)		
現在の身長・体重	kg	cm		
7 予断接種(Oをしてください)				
麻疹・風疹 BCG	三・四種混合	水痘症 ヒソクケチン	肺炎球菌	日本脳炎 B型肝炎
8 既往歴				
麻疹 ()	風疹 ()	水痘症 ()	流行性耳下腺炎 ()	その他 ()
9 生活習慣について				
偏食はありますか? (有 ・ 無)	おしっこを知らせることができますか? (はい ・ いいえ)			
特に好きな物 ()	トイレで排泄をしますか? (はい ・ いいえ)			
特に嫌いな物 ()	排泄後、紙で拭こうとしますか? (はい ・ いいえ)			
1人で食べられますか? (はい ・ いいえ)	オムツがとれていますか? (はい ・ いいえ)			
(スプーン ・ 箸 ・ 手づかみ)	1人で服が着替えられますか? (はい ・ いいえ)			
コップで飲みますか? (はい ・ いいえ)	どんな遊びが好きですか?			
昼寝の習慣はありますか? (はい ・ いいえ)	}			
昼 ()時から ()時まで	}			
夜 ()時から ()時まで	}			
寝つくまでのくせはありますか? (はい ・ いいえ)	}			
(どんなくせですか? →)	}			