

児童調査票 (しまのうち こども園 一時保育/誰でも通園制度)

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 生育暦				
妊娠中		出産時		
異常	無 ・ 有	分娩異常	無 ・ 有 ()	
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 ()カ月		寝返り ()カ月		人見知り ()カ月
初歩 ()カ月		指差し ()カ月		言葉の言いはじめ ()カ月
アレルギー 無・有 ())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 年月検診 内容()				
乳幼児健診特記事項 年月検診 内容()				
6 体質 (Oをしてください)		7 予防接種(Oをしてください)		8 既往歴
下痢をしやすい		蕁麻疹がしやすい		・麻疹 () ・風疹 () ・水痘症 () ・流行性耳下腺炎 () ・その他 ()
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		
		麻疹・風疹 BCG 三・四種混合 水痘症 ヒブワクチン 肺炎球菌 日本脳炎 B型肝炎		
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) (スプーン・箸・手づかみ)		オムツがとれていますか? (はい・いいえ)		
コップで飲めますか? (はい・いいえ)		1人で服が着替えられますか? (はい・いいえ)		
昼寝の習慣はありますか? (はい・いいえ)		どんな遊びが好きですか?		
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) (どなくせですか? →)		気になることがあれば記入してください { }		