

生活調査書

令和 年 月 日記入

お子さまについて、ぜひ知っておかなければならないことを記入していただきますので、正確に書いて下さい。
 (秘密書類として扱います。)

(ふりがな) 児童氏名	男 女	(ふりがな) 保護者名			
	平成・令和 年 月 日生				
住 所	〒		(自宅) TEL (携帯)		
家 族	氏 名	続柄	生年月日	勤 務 先	勤務先電話番号
		父			
		母			

こども園健康観察表

かかりつけ医師	医療機関名	TEL () -
---------	-------	-----------

児の健康・発育状況	妊娠中の状況	異常なし 異常あり (内容)						
	出生時の状況	出生時体重 (g)、 在胎週数 (週)						
		出産状況 異常なし 異常あり : 早産 () 週、 仮死、 鉗子、 吸引、 帝王切開、 その他						
	乳児期の発達状況	首の座り () ヶ月	人見知りをする					
		寝返りをする () ヶ月	歯が生えはじめる					
		お座りをする () ヶ月	指で小さいものをつかめる					
		はいはいをする () ヶ月	バイバイ、 コンニチワ等の身振りができる					
		つかまり立ちをする () ヶ月	おとなの言う簡単な言葉(おいで、 ちょうだい等)がわかる					
		つたい歩きをする () ヶ月						
		一人立ちをはじめる () ヶ月	マンマ・ブーブーなどの意味のある言葉が言える					
一人歩きをはじめる () ヶ月								
今までにかかった主な病気	麻疹(はしか) () 才	川崎病						
	風疹(三日はしか) () 才	ひきつけ(熱性けいれん・その他)						
	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) () 才	水痘						
	その他の病気 (病名)							
入院・手術をした病気	入院 (病名)	H・R 年 月 ~ H・R 年 月						
	手術 (病名)	H・R 年 月 ~ H・R 年 月						
現在かかっている病気	病名		服薬中の薬					
予防接種	三種混合 百日せき ジフテリア 破傷風	第1期 初回	1回	年 月 日	四種混合 百日せき ジフテリア 破傷風 不活化ポリオ	第1期 初回	1回	年 月 日
			2回	年 月 日			2回	年 月 日
			3回	年 月 日			3回	年 月 日
		第1期追加		年 月 日		第1期追加		年 月 日
	ポリオ	初回	1回	年 月 日	麻しん・風しん (MR)		1回	年 月 日
			2回	年 月 日	2回	年 月 日		
			3回	年 月 日	日本脳炎	第1期初回	1回	年 月 日
		追加		年 月 日			2回	年 月 日
	BCG		年 月 日		追加		年 月 日	
	母子手帳の予防接種の記録欄を参考に記入してください	インフルエンザ菌b型 (Hib)	1回	年 月 日	肺炎球菌 (プレベナー)		1回	年 月 日
2回			年 月 日	2回			年 月 日	
3回			年 月 日	3回			年 月 日	
追加			年 月 日				追加	
ロタウイルス	1回	年 月 日	水痘 (水ぼうそう)		1回	年 月 日		
	2回	年 月 日			2回	年 月 日		
	3回	年 月 日			その他の 予防接種		おたふくかぜ	
1回	年 月 日	年 月 日						
2回	年 月 日	年 月 日						
B型肝炎	1回	年 月 日	年 月 日					
	2回	年 月 日	年 月 日					
	3回	年 月 日	年 月 日					

基本的 生活習慣	食 事	哺 乳	母乳 ・ 混合 ・ 人工乳		
		・ 離乳食について 【開始 月】 【完了 月】 離乳時期に気がかりなことがありましたか ()			
		・ 食事について気になることがありますか (偏食・少食・肥満・早食い・かめない等) ()			
	・ アレルギーの関係で食べてはいけない物がありますか (なし ・ あり ありの場合、医師の診断書が必要です。用紙は準備して渡します。)				
	排 泄	小 便	予 告	ことば ・ しぐさ ・ できない	
			回 数	1日 回	
		大 便	予 告	ことば ・ しぐさ ・ できない	
			状 態	普通 ・ 便秘しやすい ・ 下痢しやすい	
	回 数	1日 回 (朝 ・ 昼 ・ 夜)			
	便 器	洋式 ・ 和式 ・ オマル			
睡 眠	時 間	夜 時から 時まで寝る			
		熟睡 ・ めざとい			
	昼 寝	する (いつ 分ぐらい) ・ しない			
	おねしょ	ある ・ ときどきある ・ ない			
	寝る時	ひとり寝 ・ 添い寝 ・ うつぶせ寝			
	く せ				
家 庭 で の 状 況	今まで保育施設に通った ことがありますか	ある (施設名) オ～ オまで ない			
	近所にあそぶ友だちが いますか	いる (同年齢 ・ 年上 ・ 年下) ・ いない			
	家ではどんなあそびを していますか				
	主に子どもの世話をし た人は誰ですか	母 ・ 父 ・ 祖母 ・ 祖父 その他 ()			
体 質 と く せ	・ 風邪をひきやすい ・ よく熱をだす ・ のどがゼロゼロする ・ へんとうせんがはれやすい ・ しっしんがしやすい ・ 耳だれがある ・ はな血がでやすい ・ 腹痛をよくおこす ・ 虫さされのあと化のうしやすい		・ アレルギー症状 (アトピー性皮膚炎、ぜんそく、 アレルギー性鼻炎、じんましん等) が ある ・ ない { どのような症状が具体的に書いてください。 } ・ 指しゃぶり ・ つめかみ ・ 一人で出歩くことがよくある { その他 }		

現在お子さんのことについて心配なこと、相談したいことがありますか

ない

ある(なるべくくわしく書いてください)

* この枠内は、記入する必要はありません。

園記入欄	面接日	令和 年 月 日	面接担当者	