

## 家庭状況調査票

ふりがな			生年月日		
児童氏名			平成・令和 年 月 日		
性別	男	・	女		
現住所	〒				
	住居……	自家	貸家	集合住宅( 階)	TEL 父… 母…
家 族 構 成	ふりがな	続柄	生年月日		勤務先・学校名
	氏 名				
			大・昭・平 年 月 日		
			大・昭・平 年 月 日		
			大・昭・平 年 月 日		
			大・昭・平 年 月 日		
			大・昭・平 年 月 日		
			大・昭・平 年 月 日		
			大・昭・平 年 月 日		
			大・昭・平 年 月 日		
入園希望の理由					
通っているサークルや 支援センター					
保 育 歴	家庭での保育( ) 保育所・幼稚園( ) その他				
家庭でのお子さんの呼び名					
家庭でみたお子さんの性格	良い点				
	気になる点				
家庭での子育て方針					
園に対する希望					

自宅から園までの経路図

主に通園する方法

徒歩

自転車

自動車

その他

所要時間

分

主に送迎する人

(

)

発 育 状 況	出産時の状況	安産	難産	早産(カ月)	出産時の身長・体重	cm	g
	首がすわる ( )カ月			寝返り ( )カ月	お座り ( )カ月		
	はいはい ( )カ月			つかまり立ち ( )カ月	つたい歩き ( )カ月		
	ひとり立ち ( )カ月			歩行 ( )カ月	言葉の話始め ( )カ月		
	断乳 ( )カ月			歯の生え始め ( )カ月	おむつが取れた時 ( )カ月		
健 診 状 況	4か月健診 受診結果	受診した 良好		受診していない その他			
	8か月健診 受診結果	受診した 良好		受診していない その他			
	10か月健診 受診結果	受診した 良好		受診していない その他			
	1歳児健診 受診結果	受診した 良好		受診していない その他			
	1歳半健診 受診結果	受診した 良好		受診していない その他			
	2歳児健診 受診結果	受診した 良好		受診していない その他			
	3歳児健診 受診結果	受診した 良好		受診していない その他			
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> まだわからない <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> その他						
その他のアレルギー	どのようなアレルギーですか						
今までにかかった病気と時期	麻疹(はしか) ( )歳    百日咳 ( )歳 風疹 ( )歳    おたふくかぜ ( )歳 みずぼうそう ( )歳    てんかん発作 ( )歳 ジフテリア ( )歳    その他 ( )						

	予防接種名	1回目	2回目	3日目	4回目
予 防 接 種	4種混合(ジフテリア 百日咳 破傷風 ポリオ)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	B C G	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	H I b(ヒブ)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	小児肺炎球菌	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	麻疹・風疹(MR)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	日本脳炎	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	水痘	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	おたふくかぜ	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	ロタウイルス	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	B型肝炎	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

お子さんの様子について該当する項目にチェックをつけるか必要事項を記入してください。

食事について	<input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 大人の助けがあれば食べられる <input type="checkbox"/> 箸またはスプーンを使用して食べている 好きな食べ物( ) 嫌いな食べ物( ) ご飯 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やわらかめ おかず <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ 食事の量 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない
睡眠について	<input type="checkbox"/> 寝つきがよい <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い 睡眠時間      時 ~ 時      ( 時間) 午睡時間      時 ~ 時 寝るときの癖( )
排泄について	小便 <input type="checkbox"/> 教える <input type="checkbox"/> 教えない 大便 <input type="checkbox"/> 教える <input type="checkbox"/> 教えない <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> オムツを使用している <input type="checkbox"/> 寝るときだけオムツをする <input type="checkbox"/> 大小便ともトイレで一人ができる <input type="checkbox"/> 大小便とも手伝えばトイレでできる <input type="checkbox"/> トイレではできない
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 手伝えばできる <input type="checkbox"/> できない
言葉の様子	<input type="checkbox"/> 普通に話をする <input type="checkbox"/> 赤ちゃん言葉がある <input type="checkbox"/> あまり話をしない
会話	<input type="checkbox"/> 家族とだけ話す <input type="checkbox"/> 知っている人にも話す <input type="checkbox"/> 誰にでも進んで話す
遊びについて	主な遊び相手( ) 好きな遊び( ) どんなおもちゃで遊んでいますか( )
現在の体調	<input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> 熱が出やすい <input type="checkbox"/> 吐きやすい <input type="checkbox"/> ゼイゼイしやすい <input type="checkbox"/> 鼻血が出やすい <input type="checkbox"/> 脱臼しやすい <input type="checkbox"/> 口内炎がでやすい <input type="checkbox"/> 扁桃腺がはれやすい <input type="checkbox"/> 中耳炎になりやすい <input type="checkbox"/> 湿疹がでやすい <input type="checkbox"/> 化膿しやすい <input type="checkbox"/> ものもらいになりやすい <input type="checkbox"/> 下痢になりやすい <input type="checkbox"/> 便秘になりやすい <input type="checkbox"/> ずっと飲んでいる薬がある( ) <input type="checkbox"/> 熱性けいれんをおこしたことがある(1回目 歳 ヵ月ごろ・2回目 歳 ヵ月ごろ・最近 歳 ヵ月ごろ)