

児童調査票

ふりがな			男 女	生年月日			
児童名				令和	年	月	日
現住所	枚方市				電話		
入所	令和 年 月 日	理由					
身医発 体療達 的的 配慮	身体障害者手帳 (有・無)	等級 種 級 障害名					
	療育手帳 (有・無)	程度 次回更新年月日 年 月 日					
	特別児童扶養手当 (有・無)	等級 更新期限 年 月 日 ・無期限					
	その他						
家族構成	氏名	性別	生年月日	続柄	職業・その他		
保護者勤務先	父	職場名					
		住所					
		電話					
	母	職場名					
		住所					
		電話					
入所までの育児・保育				乳幼児健診の受診状況			
・家庭でどなたが () ・保育所（園） () ・その他 ()				・4か月児健康診査 ・乳児後期健康診査 ・1歳6か月児健康診査 ・2歳6か月児歯科健康診査 ・3歳6か月児健康診査 ・その他 ()			
育児方針（子育てで大切にしていること）							

=児童調査票=

		児童氏名				
生育歴	出生	母 歳、 第 子、		週・体重	g で出生	
	妊娠・分娩中の異常	ある	・ なし			
	授乳	母乳	・ 人工	・ 混合		
	離乳食	開始	ヶ月	・ 完了	ヶ月	
	首のすわり	ヶ月				
	歩きはじめ	歳	月			
	片ことのではじめ	歳	月			
入所前までの健康に関する記録（主なケガ、病気、手術など）						
体質的特徴	体質的特長（保育上留意すべき該当事項に○で記入）					
	喘息	鼻炎	かぶれやすい	アレルギー 1. 薬 () 2. 食物 () 3. その他 ()		
	蕁麻疹が出やすい	アトピー性皮膚炎	下痢しやすい			
	虫に刺されるとはれる	便秘	その他()			
既往症	突発性発疹	麻疹（はしか）	風 痒	流行性耳下腺炎		
	年 月	年 月	年 月	年 月		
	水 痘	RS ウィルス	川崎病	けいれん		
	年 月	年 月	年 月	年 月		
	肘内障					
	年 月	年 月	年 月	年 月		
予防接種	BCG	MR (はしか・風疹)	水 痘	インフルエンザワクチン		
	年 月	① 年 月	① 年 月	年 月	年 月	
	四種混合 or 五種混合	② 年 月	② 年 月	年 月	年 月	
	① 年 月	ロ タ	日本脳炎	年 月	年 月	
	② 年 月	① 年 月	① 年 月	年 月	年 月	
	③ 年 月	② 年 月	② 年 月	年 月	年 月	
	追加 年 月	③ 年 月	③ 年 月	年 月	年 月	
	肺炎球菌	ヒ ブ	B型肝炎	新型コロナワクチン		
	① 年 月	① 年 月	① 年 月	年 月	年 月	
	② 年 月	② 年 月	② 年 月	年 月	年 月	
	③ 年 月	③ 年 月	③ 年 月	年 月	年 月	
	追加 年 月	追加 年 月	流行性耳下腺炎	年 月	年 月	
			① 年 月	年 月	年 月	
		② 年 月	年 月	年 月		

基 本 生 活 習 慣	0 1 歳 児	【離乳食の進み具合・ミルク】	
		離乳食	1日何回食べていますか (1回・2回・3回)
		内容 ())
		ミルク	1回の量 (cc)・ミルクの名前(メーカー) ()
	1 5 歳 児	飲ませる時間 ())
		母乳	飲ませる時間 ()
	【牛 乳】 飲んでいる・飲んでいない 火を通して飲んでいる・飲んでいない 【偏 食】 無・有 () 【食べ方】 一人での食べ方 (手づかみ・スプーン・はし) 【食物アレルギーの除去食】 無・有 () 【食 事】 家族みんなで食べる・母と食べる・父と食べる・その他 () 1日3回の食事のリズムはついていますか はい・いいえ 【歯のはえ方】 ・かみ合わせや歯並びで気になることはありますか はい・いいえ ・歯の生え方、形、歯並びなどで気になることはありますか はい・いいえ		
		【睡 眠】 夜 () 時 ~ () 時	
		【午 睡】 する () 時 ~ () 時 ・ しない	
		【寝付き】 良い・普通・悪い 【寝起き】 良い・普通・悪い	
		【寝かた】 一人で寝る・抱っこで寝る・添い寝で寝る	
		【寝るときの癖】 指吸い・何かを持って・うつぶせ寝・その他 ()	
		【オムツ】 布オムツ・紙オムツ・パンツ	
		【オマル】 使用している・使用していない・トイレでする	
		【排 尿】 一人でできる・一人でできない	
		【おねしょ】 毎日する・時々する・しない	
		【排 便】 規則的(朝 昼 夜)・不規則・便秘(日 1回)・下痢しやすい	
子 ど も の 様 子 (該当する年齢のところでご記入ください)			

3~4か月

- ・首がすわったのはいつですか (力月)
- ・あやすとよく笑いますか はい・いいえ
- ・目つきや目の動きがおかしいのではないかと気になりますか はい・いいえ
- ・見えない方向から声をかけると、そちらの方を見ようとしますか はい・いいえ

6~7か月

- ・寝返りをしたのはいつですか (力月)
- ・ひとりで座ったのはいつですか (支えなくても座れることです) (力月)
- ・おもちゃに手を伸ばしてあそびますか はい・いいえ
- ・家族と一緒にいるとき、話しかけるような声を出しますか はい・いいえ
- ・保護者の声やおもちゃの音がすると、そちらの方を見ますか はい・いいえ

9~10か月

- ・ハイハイしたのはいつですか (力月)
- ・つかまり立ちをしたのはいつですか (力月)
- ・指で小さなものをつけますか はい・いいえ
- ・後追いをしますか はい・いいえ

1歳

- ・伝い歩きをしたのはいつですか (カ月)
- ・バイバイ、こんにちはなどの身振りをしますか はい・いいえ
- ・簡単な言葉「ちょうどいい、おいで」が分かりますか はい・いいえ
- ・部屋の離れたところにあるものを指さすとその方向を見ますか はい・いいえ

1歳半

- ・一人歩きをしたのはいつですか (カ月)
- ・ママ、ブーブーなど意味のある言葉を話しますか (カ月)
- ・自分でコップを持ってお茶や水が飲めますか はい・いいえ
- ・うしろから名前を呼んだ時に振り向きますか はい・いいえ

2歳

- ・走ることができますか はい・いいえ
- ・積み木で塔のようなものを作ったり、横に並べて電車などの見立て遊びをしますか
- ・テレビやおとの身振りの真似をしますか はい・いいえ
- ・2語文（ワンワンキタ マンマチョウダイ）など言いますか はい・いいえ

3歳

- ・手を使わずに階段が登れますか はい・いいえ
- ・クレヨンなどで○（円）をかけますか はい・いいえ
- ・衣類の着脱を一人でできますか はい・いいえ
- ・自分の名前が言えますか はい・いいえ
- ・ままごとなどごっこ遊びができますか はい・いいえ
- ・物を見るときに極端に近づいてみたりしますか はい・いいえ
- ・耳の聞こえが悪いのではないかと気になることがありますか はい・いいえ

4歳

- ・自分の経験したことをお父さんやお母さんに話しますか はい・いいえ
- ・友達とごっこ遊びをしますか はい・いいえ

5歳

- ・片足で5秒以上立つことができますか はい・いいえ
- ・じゃんけんの勝ち負けが分かりますか はい・いいえ
- ・色（赤、緑、青、黄）が分かりますか はい・いいえ
- ・はっきり発音してはなしができますか はい・いいえ

全児

- ・テレビやスマートフォンを長時間見せないようにしていますか はい・いいえ
 - ・子育てについて気軽に話せる人はいますか はい・いいえ
 - ・子育てについて不安や困難を感じることはありますか はい・いいえ
- はいの方は、具体的に記入してください

