

児 童 調 査 票

ふりがな		男 女	生年月日		
児童名			令和	年	月
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
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				
生育暦	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				
	片ことでのではじめ	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	体質の特長（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		
	蕁麻疹が出やすい	アトピー性皮膚炎	下痢しやすい	1. 薬（ ） 2. 食物（ ） 3. その他（ ）		
	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 疹	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 プ	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) () 飲ませる時間 () 母乳 飲ませる時間 ()
	1 5 歳 児	【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きますか 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 (カ月) ・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 (カ月) ・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) (カ月) ・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 (カ月) ・つかまり立ちをしたのはいつですか (カ月) ・指で小さなものをつかみますか 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「ちょうだい、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
- ・ テレビやおとな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

〔

〕