

児童調査書 <3～5歳児クラス>

※消せるボールペンは使用しないでください。

◆枠内の事項について該当する項目を○で囲み、必要事項をご記入ください。

※裏面もご記入ください

児 童 名 (ふりがな)	生年月日 / 年齢(4月1日現在) / 性別 平成 年 月 日生 / ()歳 / 男・女
1 出 産	正常・帝王切開(理由)・異常() 在胎()週、体重()g、身長()cm
2 食 事	1日()回、好きなもの()、嫌いなもの() 食事はどのように食べますか→ スプーン・フォーク、箸
3 食物アレルギー	無・有(卵黄・卵白・牛乳・小麦・豆類・肉・魚・その他()) / 除去食の必要性(有・無) アレルギー検査を受けたことがありますか(有・無)、家族のアレルギー(無・有 /) ※アレルギーがある場合は、別途「管理指導表」を添付してください。また、アレルギーの疑いがある場合は、必ず医師の診断を受けてください。なお、入所決定後に再度「管理指導表」または「医師の指示書」等を提出していただく場合がございます。
4 初 歩	初歩()歳()か月頃
5 排 泄	トイレでできる・できない(紙おむつ・トレーニングパンツ)
6 言 葉	まだ・単語・2語文・文章で会話ができる / 単語を話し始める()歳()か月頃 他の子と比べて(ぶつう・遅れている)
7 睡 眠	お昼寝(有 時～ 時・無) 就寝時間(時～ 時) 夜泣き(有・無) 癖()
8 乳幼児健診	4か月健診 受けていない・受けた【注意事項 無・有()】
	7か月相談 受けていない・受けた【注意事項 無・有()】
	1歳8か月健診 受けていない・受けた【注意事項 無・有()】
	3歳4か月健診 受けていない・受けた【注意事項 無・有()】
	発達相談の利用 無・有(内容)
	言葉・運動面・行動面で心配なことがありますか？ 無・有()
★受診内容について、保育に必要な情報を受診(市町村を含む)より受けてもよろしいですか (はい・いいえ)	
9 既往歴	無・有()
	けいれん()回、原因()、()歳()か月のとき
	肩や肘が外れたことはありますか()回、原因()、()歳()か月のとき
10 慢性疾患等	児童の発達や慢性的な病気等で相談している病院等がありますか。 無・有 ※有の場合医師の診断書・意見書を添付してください。 病名等() 病院等() 障害者手帳・療育手帳 無・有()級 ※手帳の写しを添付してください。
11 現在の保育状況	<input type="checkbox"/> (父・母・祖父・祖母)が保育している。 <input type="checkbox"/> 保護者が勤務先に連れて行く。保育施設(有・無) <input type="checkbox"/> 保護者が仕事をしながら見ている。 <input type="checkbox"/> (認可外の保育施設・友人)に預けている。(毎日・週 日 / 施設名) <input type="checkbox"/> その他()
12 その他	

※医師の診断書又は意見書等を別途依頼する場合がございます。

【面接者記入欄※ この欄は記入の必要はありません】

面接日		面接者 ※押印すること		面接者 確認	集、加、気、診、ア、外
-----	--	----------------	--	-----------	-------------

13 予防接種	BCG	受けた ・ 受けていない
	麻疹風しん	受けた ・ 受けていない
	おたふく(流行性耳下腺炎)	受けた ・ 受けていない ・ かかった
	水ぼうそう(水痘)	受けた ・ 受けていない ・ かかった

お子さんの年齢に該当する欄のみ質問にお答えください

3歳児(2歳10か月～3歳9か月)

- | | |
|-----------------------|----------|
| 1 椅子にひとりで座っていられますか | はい ・ いいえ |
| 2 視線を合わせてお話できますか | はい ・ いいえ |
| 3 自分の名前が言えますか | はい ・ いいえ |
| 4 ○が描けますか | はい ・ いいえ |
| 5 友達と遊べますか | はい ・ いいえ |
| 6 ひとりで歯磨き・手洗いができますか | はい ・ いいえ |
| 7 簡単な衣服の着脱ができますか | はい ・ いいえ |
| 8 色(赤、青、黄、緑)がわかりますか | はい ・ いいえ |
| 9 ごっこ遊び(ままごと)などができますか | はい ・ いいえ |
| 10 簡単な指示に従えますか | はい ・ いいえ |

4歳児(3歳10か月～4歳9か月)

- | | |
|-------------------------------|----------|
| 1 両足をそろえて前に跳ぶことができますか | はい ・ いいえ |
| 2 片足ケンケンができますか | はい ・ いいえ |
| 3 ハサミを正しく持って、直線にそって切ることができますか | はい ・ いいえ |
| 4 友達と順番にオモチャ等を使うことができますか | はい ・ いいえ |
| 5 簡単な絵本の内容を理解していますか | はい ・ いいえ |
| 6 簡単なお手伝いができますか | はい ・ いいえ |
| 7 3まで数えたり、「3個取って」の指示が理解できますか | はい ・ いいえ |
| 8 一人で着替えができますか | はい ・ いいえ |
| 9 歯磨き・手洗いができますか | はい ・ いいえ |
| 10 集団生活の経験がありますか | はい ・ いいえ |

(年 か月間:施設名)

5歳児(4歳10か月～)

- | | |
|------------------------------|----------|
| 1 スキップができますか | はい ・ いいえ |
| 2 片足ケンケンができますか | はい ・ いいえ |
| 3 前後、上下がわかりますか | はい ・ いいえ |
| 4 5まで数えたり、「5個取って」の指示が理解できますか | はい ・ いいえ |
| 5 人の話が聞け、相手にもわかるように話すことができます | はい ・ いいえ |
| 6 指示のもと、身の周りのことが一人でできますか | はい ・ いいえ |
| 7 会話を交えながら、友達とよく遊べますか | はい ・ いいえ |
| 8 集団生活の経験がありますか | はい ・ いいえ |

(年 か月間:施設名)