

児童調査書 <0~2歳児クラス>

※消せるボールペンは使用しないでください。

※裏面もご記入ください

◆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。

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 在胎()週、体重()g、身長()cm)・異常()		
2 食 事	母乳(1日 回)・ミルク(ml × 回/日)・コップの使用(有・無)		
	離乳食(まだ・ 回/日)・かたち(すりつぶす・きざみ) / 普通食(1日 回) 食べたことがあるものに○をしてください (ひき肉・刻み) 卵黄・卵白・牛乳・パン・豆類・魚(白身・赤身・青魚)・肉(ささみ・鶏・豚・牛)		
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、まだ(寝返り・ずりばい・ハイハイ・つかまり立ち・つたい歩き)		
5 排 泄	トイレでできる・できない(紙おむつ・布おむつ・トレーニングパンツ)		
6 言 葉	まだ(あー、うー等)・単語・2語文・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(ふつう・遅れている)		
7 睡 眠	お昼寝(有 時~ 時・無) 睡眠時間(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()】	
	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先(市町村を含む)より受けてもよいですか(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	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()		
【以降の記入は必要はありません】			
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
	麻しん風しん	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

お子さんの現在の月齢に該当する欄のみ質問にお答えください

0歳児(~3か月)

- | | |
|-------------------|--------|
| 1 お乳はよく飲みますか | はい・いいえ |
| 2 あやすとよく笑いますか | はい・いいえ |
| 3 首がすわっていますか | はい・いいえ |
| 4 音の方に顔を向けますか | はい・いいえ |
| 5 ガラガラを持たせると掴みますか | はい・いいえ |
| 6 動くものを眼で追いますか | はい・いいえ |

0歳児(4か月~9か月)

- | | |
|-------------------------|--------|
| 1 お座りをしますか | はい・いいえ |
| 2 手を出して物を掴みますか | はい・いいえ |
| 3 離れている人に呼びかけますか | はい・いいえ |
| 4 人見知りを行いますか | はい・いいえ |
| 5 大人の身振りを真似しますか(バイバイなど) | はい・いいえ |
| 6 いない いない ばあをすると喜びますか | はい・いいえ |

1歳児(10か月~1歳9か月)

- | | |
|----------------------------|--------|
| 1 姿が見えなくなると、パパやママを探そうとしますか | はい・いいえ |
| 2 おいで ちょうだいがかかりますか | はい・いいえ |
| 3 なぐり書きをしますか | はい・いいえ |
| 4 ワンワン、マンマなどを話しますか | はい・いいえ |
| 5 困ったときに声を出して助けを求めますか | はい・いいえ |
| 6 歩き方はほぼ正しいですか | はい・いいえ |
| 7 スプーンを使いますか | はい・いいえ |
| 8 ご飯をかんでたべられますか | はい・いいえ |
| 9 名前を呼ぶと反応しますか | はい・いいえ |
| 10 簡単な手伝いをしますか(物を取るなど) | はい・いいえ |

2歳児(1歳10か月~2歳9か月)

- | | |
|--------------------------|--------|
| 1 好きなおもちゃを使ってひとり遊びをしますか | はい・いいえ |
| 2 嫌な時には「いや」とはっきり言えますか | はい・いいえ |
| 3 スプーンを使いますか | はい・いいえ |
| 4 おしっこを教えますか | はい・いいえ |
| 5 パンツやズボンを途中まで脱げますか | はい・いいえ |
| 6 大きい、小さいがわかりますか | はい・いいえ |
| 7 簡単な質問に答えられますか(名前など) | はい・いいえ |
| 8 真似をして○や線を描きますか | はい・いいえ |
| 9 外遊びを喜んでしますか | はい・いいえ |
| 10 手遊び、体操を真似て、からだを動かしますか | はい・いいえ |