

# 児童調査書 <3～5歳児クラス>

※集団保育の事前体験等を別途依頼する場合がございます。  
 ※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。

◆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(令和3年4月1日現在) / 性別 平成・令和 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	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(ふつう・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( )			
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( )		

【以降は記入の必要はありません】

12 その他			

【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

お子さんの現在の月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 )