

児童状況調査票

記入日 令和 年 月 日

児童名		性別	男・女	生年月日	平成・令和 年 月 日
-----	--	----	-----	------	-------------

<健康状況>

出生時体重	() g	<input type="checkbox"/> 出産時正常
		<input type="checkbox"/> 出産時異常()
治療中の病気	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (時期 歳 箇月頃から 病名:)	
入院歴	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (時期 歳 箇月頃 病名:)	
投薬の状況	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (種類:) ・ 1日 (回) ※保育施設での医療行為はできません。	
アレルギー	食物	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (種類:)
	食物以外	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (種類:)
食事について	好き嫌い	<input type="checkbox"/> 多い ・ <input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> ない
	食欲	<input type="checkbox"/> 良い(旺盛) ・ <input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 少食
	食事(食べ方)で気になる事	()
遊びについて	家族や近所の友達とよく遊ぶ <input type="checkbox"/> よく遊ぶ ・ <input type="checkbox"/> 興味は示す ・ <input type="checkbox"/> 一人遊びが多い	
その他	育児をしていて困った事や注意している事、心配している事があればご記入下さい ()	
ことば・成長・発達について相談している施設や医療機関等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (いつ頃から:) (機関名:) (相談内容:)	
障害者手帳の有無	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 申請中 ・ <input type="checkbox"/> 有 (身障 級・療育 級・その他)	

<保育状況>

現在の保育状況	<input type="checkbox"/> 家族が保育している ⇒ <input type="checkbox"/> 父 ・ <input type="checkbox"/> 母 ・ <input type="checkbox"/> その他(保育者名:) 続柄:)
	<input type="checkbox"/> 同伴就労している ⇒ <input type="checkbox"/> 外勤 ・ <input type="checkbox"/> 自営業
	<input type="checkbox"/> 企業内託児施設に預けている ⇒ (施設名:)
	<input type="checkbox"/> 認可外の施設に預けている ⇒ (施設名:) (頻度: 週 日)
	<input type="checkbox"/> 一時保育を利用している ⇒ (施設名:) (頻度: 週 日)
	<input type="checkbox"/> 他の幼稚園、保育所、認定子ども園に在園中 ⇒ (施設名:)
	<input type="checkbox"/> その他 ()

<特記事項> ※保育施設利用にあたって何かあればご記入ください。

--

児童状況調査票

記載例

記入日 令和5年11月1日

児童名	白羽 夢子	性別	男・女	生年月日	平成・令和2年7月7日
-----	-------	----	-----	------	-------------

出産時異常の場合
早産(週)、先天性疾患、
チアノーゼ など

<健康状況>

出生時体重	(3000 g)	<input checked="" type="checkbox"/> 出産時正常 <input type="checkbox"/> 出産時異常()
治療中の病気	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (時期 歳 箇月頃から 病名:)	
入院歴	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (時期 歳 箇月頃 病名:)	
投薬の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (種類: .1日 回) ※保育施設での医療行為はできません。	
アレルギー	食物	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (種類: 卵 ピーナッツ)
	食物以外	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (種類:)
食事について	好き嫌い	<input type="checkbox"/> 多い ・ <input checked="" type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> ない
	食欲	<input checked="" type="checkbox"/> 良い(旺盛) ・ <input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 少食
	食事(食べ方)で気になる事	(噛まずに飲む よくこぼす)
遊びについて	家族や近所の友達とよく遊ぶ <input type="checkbox"/> よく遊ぶ ・ <input checked="" type="checkbox"/> 興味は示す ・ <input type="checkbox"/> 一人遊びが多い	
その他	育児をしていて困った事や注意している事、心配している事があればご記入下さい (かんしゃくを起こす 気に入らないことがあると泣き続ける)	
ことば・成長・発達について相談している施設や医療機関等	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (いつ頃から: 2歳頃) (機関名: 保健センター) (相談内容: 言葉が遅い こだわりが強い)	
障害者手帳の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 申請中 ・ <input type="checkbox"/> 有 (身障 級・療育 級・その他)	

該当するもの全てしてください

<保育状況>

現在の保育状況	<input checked="" type="checkbox"/> 家族が保育している ⇒ <input type="checkbox"/> 父 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 母 ・ <input checked="" type="checkbox"/> その他 (保育者名: 育児 梅子 続柄: 祖母)
	<input type="checkbox"/> 同伴就労している ⇒ <input type="checkbox"/> 外勤 ・ <input type="checkbox"/> 自営業
	<input type="checkbox"/> 企業内託児施設に預けている ⇒ (施設名:)
	<input type="checkbox"/> 認可外の施設に預けている ⇒ (施設名:) (頻度: 週 日)
	<input checked="" type="checkbox"/> 一時保育を利用している ⇒ (施設名: ながと夢認定こども園) (頻度: 週 2日)
	<input type="checkbox"/> 他の幼稚園、保育所、認定こども園に在園中 ⇒ (施設名:)
	<input type="checkbox"/> その他 ()

<特記事項> ※保育施設利用にあたって何かあればご記入ください。