

児童の成育状況 2歳児クラス

記入日： 年 月 日

名前	ふりがな	性別	生年月日	年 月 日生	
		男	電 話	()	
前		女	希望する園	保育園(所)(第一希望)	
出生歴	・妊娠中の母の疾病状況 ・妊娠期間 ・分娩の状況 ・出生時体重 ・出生時の状況	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 有 → (病名 (週) <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 有 → (病名 (グラム) <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> 強い黄疸 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 酸素使用 <input type="checkbox"/> 保育器使用 <input type="checkbox"/> その他()			
発育の様子・生活	・首のすわり (ヶ月頃) ・ハイハイ (ヶ月頃) ・相手をすると喜びますか ・他の子どもに関心もちますか ・目つきがおかしいという心配はありませんか ・話しかけると視線を合わせますか ・大人の言うことがわかりますか ・発育面で気になることがありますか ・世話をしてきた人	・寝返り (ヶ月頃) ・歩きはじめ(ヶ月頃) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> その他()			
睡眠	夜	午後 時 分 ~ 午前 時 分 約()時間			
	昼寝	<input type="checkbox"/> 午前(時間) <input type="checkbox"/> 午後(時間) <input type="checkbox"/> あまりしない			
	寝つき	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> わるい			
	寝起き	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> わるい			
	場所	<input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> その他()			
	状態	<input type="checkbox"/> 音に敏感 <input type="checkbox"/> 熟睡			
	寝かせ方	<input type="checkbox"/> 一人で寝る <input type="checkbox"/> 添い寝をする <input type="checkbox"/> おんぶをして <input type="checkbox"/> 抱っこをして <input type="checkbox"/> その他()			
	寝る姿勢	<input type="checkbox"/> うつぶせ <input type="checkbox"/> あおむけ <input type="checkbox"/> 横向き(<input type="checkbox"/> 右下・ <input type="checkbox"/> 左下) <input type="checkbox"/> その他()			
寝る時のくせ	<input type="checkbox"/> 指しゃぶりをしながら <input type="checkbox"/> おしゃぶりをしながら <input type="checkbox"/> 耳をさわりながら <input type="checkbox"/> タオル(ガーゼ)を持って <input type="checkbox"/> 頭をなでてもらいながら <input type="checkbox"/> その他()				
排泄	小便	おむつ	<input type="checkbox"/> 昼夜つける <input type="checkbox"/> 昼寝のときだけつける <input type="checkbox"/> 夜寝るときだけつける		
		トイレで	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> ときどきする <input type="checkbox"/> しない		
		間隔	<input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 短い		
	したい時	<input type="checkbox"/> 知らせる(<input type="checkbox"/> 動作で・ <input type="checkbox"/> 言葉で) <input type="checkbox"/> 知らせない			
大便	大便	トイレで	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> ときどきする <input type="checkbox"/> しない		
		回数	1日()回 ()時頃 <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 便秘がち		
		便質	<input type="checkbox"/> かため <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やわらかめ		
		したい時	<input type="checkbox"/> 知らせる(<input type="checkbox"/> 動作で・ <input type="checkbox"/> 言葉で) <input type="checkbox"/> 知らせない		
着脱	パンツの上げ下げ	<input type="checkbox"/> 一人のできる <input type="checkbox"/> 手伝えばできる <input type="checkbox"/> できない			
	着替え	<input type="checkbox"/> 一人のできる <input type="checkbox"/> 手伝えばできる <input type="checkbox"/> できない			
	ボタン	<input type="checkbox"/> かけられる <input type="checkbox"/> かけられない			
	くつ	<input type="checkbox"/> はける <input type="checkbox"/> はけない			

言葉	<input type="checkbox"/> 二語文を話す(ママ来た等) <input type="checkbox"/> 一語文を話す(パパ・ママ等) <input type="checkbox"/> 話すが言葉にならない <input type="checkbox"/> 赤ちゃん言葉が残っている <input type="checkbox"/> 名前を呼ぶと返事をする <input type="checkbox"/> 正しく発音できない <input type="checkbox"/> 大人とおおよその会話ができる <input type="checkbox"/> まだ何も話せない	
	遊び相手	<input type="checkbox"/> 友達 <input type="checkbox"/> 家族() <input type="checkbox"/> 一人で遊ぶ <input type="checkbox"/> その他()
遊び・その他	好きな遊び	<input type="checkbox"/> 戸外() <input type="checkbox"/> 室内()
	くせ	<input type="checkbox"/> 爪をかむ <input type="checkbox"/> 指しゃぶり <input type="checkbox"/> よく泣く <input type="checkbox"/> その他()
	人見知り	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
	自分の持ち物	<input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> わからない
育児	・普段子どもと接していてイライラすることが多いですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> いいえ ・育児の相談相手や協力してくれる人はいますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・睡眠、夜泣き、食事、極端な人見知りなどで困ったり、心配なことはありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・つどいの広場、保育園(所)、幼稚園の園庭開放等に参加したことがありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・他の保育園(所)、幼稚園に通ったことがありますか(一時預り含) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	・かかりやすい病気はありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ はい → <input type="checkbox"/> 熱を出しやすい <input type="checkbox"/> ぜいぜいしやすい <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい <input type="checkbox"/> 便秘がち <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> 中耳炎になりやすい <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎になりやすい <input type="checkbox"/> 脱臼→(部位の確認)(歳 ヶ月 頃から今までに 回) <input type="checkbox"/> その他()	
	・湿疹ができやすいですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ はい → <input type="checkbox"/> アレルギー性 <input type="checkbox"/> アトピー性 <input type="checkbox"/> その他 普段どうしていますか → <input type="checkbox"/> 特になにもしない <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/> 塗薬	
	・ひきつけをおこしたことがありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ はい → <input type="checkbox"/> 熱があるとき(度) <input type="checkbox"/> 熱がないとき いつ頃(歳 ヶ月) 何分ぐらい() 今までに(回) 普段どうしていますか(投薬) → <input type="checkbox"/> 有 [<input type="checkbox"/> 朝・ <input type="checkbox"/> 昼・ <input type="checkbox"/> 夕] <input type="checkbox"/> 無 病名() 通院 → <input type="checkbox"/> している 病院名() <input type="checkbox"/> していない	
	・平熱は何℃ですか(℃)	

【定期健診】

- ・4ヶ月健診 心配なし 受けた市町村または医療機関() 年 月 日)
指摘あり()
- ・10ヶ月健診 心配なし 受けた市町村または医療機関() 年 月 日)
指摘あり()
- ・1歳6ヶ月健診 心配なし 受けた市町村または医療機関() 年 月 日)
指摘あり()
- ・2歳児歯科健診 心配なし 受けた市町村または医療機関() 年 月 日)
指摘あり()
- ・その他の健診 ()

★気になることがありましたら記入してください。

(例・喘息等)

間食	種類	<input type="checkbox"/> せんべい <input type="checkbox"/> ビスケット <input type="checkbox"/> スナック類 <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> プリン <input type="checkbox"/> ヨーグルト <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> 果物() <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 乳酸菌飲料 <input type="checkbox"/> 麦茶 <input type="checkbox"/> ジュース <input type="checkbox"/> 手作りおやつ()	
	時間	<input type="checkbox"/> 決めている(時頃) <input type="checkbox"/> 決めていない	
偏食	有・無	《好きな食べ物》	《嫌いな食べ物》
食習慣	朝食	<input type="checkbox"/> 食べる <input type="checkbox"/> 食べない時もある <input type="checkbox"/> 食べない	
	食事は誰と食べますか	朝食 <input type="checkbox"/> 家族全員 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> きょうだい <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他() 夕食 <input type="checkbox"/> 家族全員 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> きょうだい <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他()	
	食べ方	<input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 手伝う <input type="checkbox"/> 一人で食べる <input type="checkbox"/> スプーン・フォークで食べる (<input type="checkbox"/> 右利き・ <input type="checkbox"/> 左利き)	
	食事量	<input type="checkbox"/> 小食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大食 <input type="checkbox"/> むらがある	
	そしゃく	<input type="checkbox"/> よく噛む <input type="checkbox"/> あまり噛まない <input type="checkbox"/> うまく飲み込めない <input type="checkbox"/> 丸のみしてしまう	
	食事時間	分	
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	