

児童の成育状況 3歳・4歳・5歳クラス

記入日： 年 月 日

名前	ふりがな	性別	生年月日	年	月	日生
		男 女	電話 希望する園	() 保育園(所)(第一希望園)		
出生歴	・妊娠中の母の疾病状況 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 有 → (病名) ・妊娠期間 (週) ・分娩の状況 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 有 → (病名) ・出生時体重 (グラム) ・出生時の状況 <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 ()					
体質	・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"/> 便秘ぎみ <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 ヶ月から 今までに 回) <input type="checkbox"/> その他 () ・湿疹がしやすいですか <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 ・平熱は何度ですか(°C)					
睡眠	昼 寝	<input type="checkbox"/> する(: ~ :) <input type="checkbox"/> しない				
	起 床	時ごろ	就 寝	時ごろ		
排泄	小 便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> オムツ使用 <input type="checkbox"/> 和式トイレを使える				
	大 便	<input type="checkbox"/> ふける <input type="checkbox"/> ふけない <input type="checkbox"/> その他 ()				
生活	世話を してきた人	<input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	身のまわりの事	<input type="checkbox"/> 1人で脱ぎ着できる <input type="checkbox"/> 少し手伝ってもらう <input type="checkbox"/> ボタンがはめられる <input type="checkbox"/> 鼻をかむことができる <input type="checkbox"/> 靴がはける				
遊び・その他	友達	<input type="checkbox"/> 同年齢 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 小学生 <input type="checkbox"/> 1人遊び <input type="checkbox"/> その他()				
	好きな遊び					
	くせ	<input type="checkbox"/> 爪をかむ <input type="checkbox"/> 指しゃぶり <input type="checkbox"/> 左きき <input type="checkbox"/> その他()				

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(一時預り含む)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	

【定期健診】				
・4ヶ月健診	<input type="checkbox"/> 心配なし	受けた市町村または医療機関()	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 指摘あり()		
・10ヶ月健診	<input type="checkbox"/> 心配なし	受けた市町村または医療機関()	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 指摘あり()		
・1歳6ヶ月健診	<input type="checkbox"/> 心配なし	受けた市町村または医療機関()	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 指摘あり()		
・2歳児歯科健診	<input type="checkbox"/> 心配なし	受けた市町村または医療機関()	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 指摘あり()		
・3歳児歯科健診	<input type="checkbox"/> 心配なし	受けた市町村または医療機関()	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 指摘あり()		
・3歳児健康調査	<input type="checkbox"/> 心配なし	受けた市町村または医療機関()	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 指摘あり()		
・その他の健()		

*特に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)

【これまでの食生活】

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	
	食べ方	<input type="checkbox"/> はしが使える(右利き・左利き) <input type="checkbox"/> はしが使えない	
	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()	

行 動 発 達 ・ 言 語 発 達	〔言葉と発音〕		
	・単語を話す	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・二語文を話す(例「ママ、来た」)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・自分の名前が言える	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・発音がはっきりしない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・どもることがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
・ほとんどなにも話さない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
・相手の言うことがわからない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
・心配なことがありますか()			
	〔運動機能〕		
	・走ったり飛び跳ねたりできる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・ころびやすい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・歩き方が気になる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・心配なことがありますか()		
	〔耳・鼻〕		
	・名前を呼ぶと振り向く	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・小さい音(例 鈴の音)に反応する	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・いびきをかく	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・心配なことがありますか()		
	〔目〕		
	・テレビや絵本をいつも近くでみる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・首をかしげて物を見ようとする	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・陽ざしが弱くてもまぶしがる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・心配なことがありますか()		
	〔精神発達〕		
	・特定の物に興味を示すことがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・親・兄弟・友達に関心が薄く、ひとりで遊ぶことが好きである	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・テレビのコマーシャルが好きで他のものには、あまり興味を示さない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・よく動き落ち着きがない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	・心配なことがありますか()		