

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() | | |