

児 童 調 書

記入日：令和 年 月 日

0・1・2・3・4・5

ふりがな		性別		ふりがな		
児 童 名		男・女	平熱 度	保護者名		
	年 月 日生		かかりつけの医師	内 科： TEL		
				外 科： TEL		
			歯 科： TEL			
現 住 所	(〒 -) 廿日市市			(続柄) 優先的に使う連絡先から順に記入してください		
			① () (- -)			
			② () (- -)			
			③ () (- -)			
家 族 状 況	ふりがな 名前	続柄	生年月日	勤務先・通学(園)先等	電 話 番 号	
父母以外の緊急連絡先優先順位		①連絡先名 電話番号		②連絡先名 電話番号		
送迎・時間	送ってくる人	時 間	迎えにくる人	時 間	迎えにくる人	
		:		:	土曜日	
保護者の勤務事業所名 (続柄：)				保護者の勤務事業所名 (続柄：)		
始 業 時 間		時 分		始 業 時 間		
終 業 時 間		時 分		終 業 時 間		
保護者の土曜日の勤務状況				保護者の土曜日の勤務状況		
保育園から勤務先までの時間		約 分		保育園から勤務先までの時間		
保育必要量 ※申請書類と同じ内容 にチェックしてください ※原則として保護者の勤務時 間と通勤時間で決まります		<input type="checkbox"/> 短時間 8:30~16:30		<input type="checkbox"/> 土曜日利用無し <input type="checkbox"/> 土曜日12時まで利用 <input type="checkbox"/> 土曜日12時以降も利用 (就労等で家庭保育が困難な場合のみ)		
		<input type="checkbox"/> 長時間 7:30~18:30		<input type="checkbox"/> 土曜日利用無し <input type="checkbox"/> 土曜日12時まで利用 <input type="checkbox"/> 土曜日12時以降も利用 (就労等で家庭保育が困難な場合のみ)		
				※該当欄1つに チェック		
				※該当欄1つに チェック		

発達の様子・病歴			
1	首がすわったのはいつ頃ですか	() か月頃・未	アトピー・アレルギーの診断を受けていますか <input type="checkbox"/> ある※ <input type="checkbox"/> ない ※あると答えた方【アレルギー検査結果→ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない】 ●制限する食品等 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 乳製品 <input type="checkbox"/> その他《 》 (食べられない食材については各園で対応しますが、安全な給食提供が難しい場合は、ご家庭より弁当の持参をお願いすることがあります。) ●その他 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎(花粉症) <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎(花粉症) <input type="checkbox"/> 動物アレルギー <input type="checkbox"/> 薬物アレルギー <input type="checkbox"/> その他() ▼症状などを記載してください▼
2	歩き始め(一人歩き)はいつ頃ですか	() か月頃・未	
3	意味のある単語(ママ・パパ・ワンワン等)を話し始めたのはいつ頃ですか	() か月頃・未	
4	声をかけるとそちらの方を見ようとしますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
5	目(視線)を合わせますか	よく合う <input type="checkbox"/> 合いにくい <input type="checkbox"/>	
6	普段一緒にいる人が見えなくなったときに探したり泣いたりしますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
7	簡単な指示(おいで・まってね・だめよ等)を理解できますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
8	指さして意思を伝えようとしますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
9	友達と一緒にいることを喜ぶますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
10	突然、理由なく、たいたり、かみつきたり奇声をあげたりしますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
11	限られたことだけにこだわるがありますか(数字・図形・遊び・食べ物)	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
12	人に触られることや音を嫌がるがありますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
13	睡眠が浅い、なかなか寝付けられない、短い時間でおきるなど睡眠で困ったことがありますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
14	過去に大きな病気や外傷はありましたか(感染症・心臓疾患・頭部強打・骨折など)	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	18 エピペンの対応が必要だと医師の診断を受けていますか <input type="checkbox"/> 受けている ()歳ごろ <input type="checkbox"/> 受けていない
	傷病名()		
14	病院名()		19 予 防 接 種 四種混合：(1回・2回・3回・追加) 肺炎球菌：(1回・2回・3回・追加) BCG：(1回) ヒブ：(1回・2回・3回・追加) 日本脳炎：(1回・2回・3回・4回) 【その他】 麻しんⅠ期：(1回) おたふく () 麻しんⅡ期：(1回) ロタウイルス () 風しんⅠ期：(1回) インフルエンザ () 風しんⅡ期：(1回) その他 () 水ぼうそう：(1回・2回)
	治療中・経過観察中の人：入園に関し主治医に相談していますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
15	けいれんやひきつけを起こしたことがありますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	20 主 な 既 往 症 麻しん () 歳 水ぼうそう () 歳 髄まくえん () 歳 おたふくかぜ () 歳 百日ぜき () 歳 川崎病 () 歳 風しん () 歳 肺 炎 () 歳
	() 歳 ヶ月の時に体温 度で 回くらい)		
15	服薬 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()		◎以下の項目は母子健康手帳などを参考にわかる範囲で記入してください
	現在、発達や慢性的な病気等のごことで、通院・通所・相談をしていますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	22 生まれた時の状況→(正常・帝王切開・吸引・仮死・不明)
16	病名・障がい名 ()		23 生まれたときの身長・体重→身長()cm 体重()g
	病院名・施設名 ()		24 生まれたのは妊娠 () 週目・不明
16	現在の状況 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 通院・通所継続 <input type="checkbox"/> 経過観察 服薬 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(1日 回)		◎0歳・1歳クラスで入園申込みする場合、回答してください
	入園に関し主治医・相談員に相談していますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		25 離乳食の進み具合について <input type="checkbox"/> 開始していない <input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 完了期 <input type="checkbox"/> 終了
17	お子さんの性格や特に注意してほしいこと等記入してください。 (例)「人見知りが強い」「腕が抜けやすい」等		26 ミルク(人工乳)は飲めますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 母乳のみ
			健康診査 保健師からアドバイスを受けたことや、お子さんについて相談したことを記入してください。 4か月児健診 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診 1歳6か月児健診 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診 3歳6か月児健診 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診
17			身体障害者手帳又は療育手帳を持っていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ はいと答えた人⇒手帳名・級・度