

クラス年齢		0・1・2・3・4・5		児 童 調 書				記入日：令和 年 月 日			
ふりがな				性別		平熱 度		ふりがな			
児 童 名		令和 年 月 日生		男・女		保護者名					
						内 科：		TEL：			
						外 科：		TEL：			
				かかりつけの医師		歯 科：		TEL：			
現 住 所		(〒 -)						(続柄) 優先的に使う連絡先から順に記入してください			
		廿日市市						() (- -)			
								() (- -)			
								() (- -)			
家 族 状 況	ふ り が な		続柄		生年月日		勤務先・通学(園)先等		電 話 番 号		
	名前										
父母以外の緊急連絡先優先順位			連絡先名 電話番号			連絡先名 電話番号			連絡先名 電話番号		
送迎者・時間		送ってくる人		時 間		迎えにくる人		時 間		迎えにくる人 時 間	
				：				：			
								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			時 分		
終 業 時 間			時 分			終 業 時 間			時 分		
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			約 分		
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			☐ 短時間 8:30～16:30			☐ 土曜日利用無し ☐ 土曜日12時まで利用 ☐ 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		
			☐ 長時間 7:30～18:30			☐ 土曜日利用無し ☐ 土曜日12時まで利用 ☐ 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		

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		19	アトピー・アレルギーの診断を受けていますか			ある	ない		
	2	歩き始め(一人歩き)はいつ頃ですか	() か月頃・未		あると答えた方【アレルギー検査結果→□ある □ない】						
	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		●制限する食品等						
	4	声をかけるとそちらの方を見ようとしますか	はい		いいえ	□卵 □小麦 □乳製品 □その他《 》					
	5	目(視線)を合わせますか	よく合う		合いにくい	(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。)					
	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		いいえ	●その他					
	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		いいえ	□気管支喘息 □アトピー性皮膚炎 □アレルギー性鼻炎(花粉症)					
	8	指さして意思を伝えようとしますか	はい		いいえ	□アレルギー性結膜炎(花粉症) □動物アレルギー □薬物アレルギー					
	9	友達と一緒にいることを喜びますか	はい		いいえ	□その他()					
10	突然、理由なく、たいたり、かみついたり奇声をあげたりしますか	はい	いいえ	20	▼症状などを記載してください▼			エビペンの対応が必要だと医師の診断を受けていますか		受けている ()歳ごろ	受けていない
	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		いいえ	予 防 接 種					
	12	人に触られることや音を嫌がることがありますか	はい		いいえ	四種混合：(1回・2回・3回・追加) 肺炎球菌：(1回・2回・3回・追加)					
	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		いいえ	B C G：(1回) ヒブ：(1回・2回・3回・追加)					
	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		いいえ	日本脳炎：(1回・2回・3回・4回) 【その他】					
		傷病名()				麻しん 期：(1回) おたふく ()					
		病院名()				麻しん 期：(1回) ロタウイルス()					
	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		いいえ	風しん 期：(1回) インフルエンザ()					
		(歳 ヶ月の時に体温 度で 回くらい)				風しん 期：(1回) その他 ()					
服薬 □ない □ある()					水ぼうそう：(1回・2回)						
16	現在、発達や慢性的な病気等のことで、通院・通所・相談をしていますか	はい	いいえ	21	主 な 既 往 症						
	病名・障がい名 ()				麻しん (歳) 水ぼうそう (歳)						
	病院名・施設名()				髄まくえん (歳) おたふくかぜ (歳)						
	現在の状況 □治療 □通院・通所継続 □経過観察				百日ぜき (歳) 川崎病 (歳)						
	服薬 □ない □ある(1日 回)				風しん (歳) 肺 炎 (歳)						
	入園に関し主治医・相談員に相談していますか □はい □いいえ				健康診査						
	17	身体障害者手帳又は療育手帳を持っていますか	はい		いいえ	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。					
		身体障害者手帳(級) / 療育手帳(□B □ □A □)				4か月児健診					
		児童発達支援の利用はありますか	はい		いいえ	□受診 □未受診					
18	事業所名：()				22	1歳6か月児健診					
	利用頻度：()					□受診 □未受診					
	19	突然、理由なく、たいたり、かみついたり奇声をあげたりしますか	はい	いいえ		3歳6か月児健診					
		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	いいえ		□受診 □未受診					
		人に触られることや音を嫌がることがありますか	はい	いいえ		健康診査					
	20	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	いいえ		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。					
		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	いいえ		4か月児健診					
		傷病名()				□受診 □未受診					
	21	病院名()				1歳6か月児健診					
現在の状況 □治療 □通院・通所継続 □経過観察					□受診 □未受診						
服薬 □ない □ある(1日 回)					3歳6か月児健診						
22	入園に関し主治医・相談員に相談していますか □はい □いいえ				23	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。					
	23	身体障害者手帳又は療育手帳を持っていますか	はい	いいえ		(例)「人見知りが強い」「腕が抜けやすい」等					
		身体障害者手帳(級) / 療育手帳(□B □ □A □)									
		児童発達支援の利用はありますか	はい	いいえ							
	24	事業所名：()				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					
		利用頻度：()				24					
		突然、理由なく、たいたり、かみついたり奇声をあげたりしますか	はい	いいえ		生まれた時の状況→(正常・帝王切開・吸引・仮死・不明)					
	25	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	いいえ		25					
		人に触られることや音を嫌がることがありますか	はい	いいえ		生まれたときの身長・体重→身長()cm 体重()g					
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	いいえ	26							
26	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	いいえ	生まれたのは妊娠()週目・不明							
	傷病名()				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						
	病院名()				27						
27	現在の状況 □治療 □通院・通所継続 □経過観察				離乳食の進み具合について						
	服薬 □ない □ある(1日 回)				□開始していない □初期 □中期 □後期 □完了期 □終了						
	入園に関し主治医・相談員に相談していますか □はい □いいえ				28						
28	事業所名：()				ミルク(人工乳)は飲みますか				はい	母乳のみ	
	利用頻度：()										
	突然、理由なく、たいたり、かみついたり奇声をあげたりしますか	はい	いいえ								