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		男・女		保護者名	
	令和　　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	③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

R8.11.1

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	
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	いいえ
5	目(視線)を合わせますか	よく合う	合いにくい
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
7	簡単な指示(おいで・まってて・だめよ等)を理解できますか	はい	いいえ
8	指さしで意思を伝えようとしますか	はい	いいえ
9	友達と一緒にいることを喜びますか	はい	いいえ
10	突然、理由なく、たたいたり、かみついたり奇声をあげたりしますか	はい	いいえ
11	限られたことだけにこだわることがありますか(数字・図形・遊び・食べ物)	はい	いいえ
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
13	睡眠が浅い、なかなか寝付けない、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
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
	傷病名（　　）		
	病院名（　　）		
	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　□はい　□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	いいえ
	（　　歳　　ヶ月の時に体温　　度で　　回くらい　）		
	服薬　□ない　□ある（　　）		
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
	病名・障がい名　（　　）		
	病院名・施設名（　　）		
	現在の状況　□治癒　□通院・通所継続　□経過観察 服薬　□ない　□ある（１日　　回）		
	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		
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
	身体障害者手帳（　　級）／療育手帳（□Ｂ　□Ⓑ　□Ａ　□Ⓐ）		
18	児童発達支援の利用はありますか	はい	いいえ
	事業所名：（　　） 利用頻度：（　　）		

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
	※あると答えた方【アレルギー検査結果→□ある　□ない】 ●制限する食品等 □卵　□小麦　□乳製品　□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 □気管支喘息　□アトピー性皮膚炎　□アレルギー性鼻炎(花粉症) □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 □その他（　　） ▼症状などを記載してください▼		
	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	受けている （　　）歳ごろ	受けていない

20 予防接種

五種混合：(１回・２回・３回・追加)	日本脳炎：(第1期初回(1回・2回)・第1期追加)
四種混合：(１回・２回・３回・追加)	
ヒブ(単独接種)：(１回・２回・３回・追加)	
小児肺炎球菌：(１回･２回･３回･追加)	【任意接種等】
B型肝炎：(１回・２回・３回)	おたふくかぜ：（1回・2回）
ロタウイルス（１回･２回･３回）	インフルエンザ（直近の接種年月日・回数）
ＢＣＧ　：(１回)	（　年　月　日・　回）
麻疹・風疹混合(MR)：（第1期・第2期）	
水ぼうそう　：（１回・２回）	その他　（　　）

21 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）

22

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 □受診　□未受診	
1歳６か月児健診 □受診　□未受診	
3歳６か月児健診 □受診　□未受診	

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。

（例）「人見知りが強い」「腕が抜けやすい」等

◎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

24	生まれた時の状況→（正常・帝王切開・吸引・仮死・不明）		
25	生まれたときの身長・体重→身長(　　)㎝　体重（　　）g		
26	生まれたのは妊娠（　　）週目・不明		

◎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

27	離乳食の進み具合について □開始していない　□初期　□中期　□後期　□完了期　□終了		
28	ミルク(人工乳)は飲めますか	はい	母乳のみ