

就 緊 リ 子ども調査票(1歳6ヶ月～5歳用)

★太枠内を記入下さい

令和 年 月 日現在 (歳児)

子どもの名前 (ふりがな)		性別	生年月日		年齢
()		男 女	平成 令和 年 月 日		歳 ヶ月
保護者氏名			住所		
			〒		
緊急連絡先①		緊急連絡先②		緊急連絡先③	
()		()		()	
家族構成					
氏名	続柄	年齢	職業・勤務先		
出生	第 子	分娩	正常	異常	早産 (ヶ月)
運 動	首が座る ヶ月		寝返り ヶ月		おすわり
	はいはい ヶ月		つかまり立ち ヶ月		歩き始め ヶ月
言 葉	<input type="checkbox"/> 片言 (ワンワン、ママ等) <input type="checkbox"/> 二語文 (ワンワンキタ、ママダッコ等) <input type="checkbox"/> はっきり話す <input type="checkbox"/> 発音がわかりにくい <input type="checkbox"/> その他 ()				
遊 び	好きな遊び				
食 事	<input type="checkbox"/> 自分で食べる <input type="checkbox"/> 食べさせている 量 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 好き嫌いがある <input type="checkbox"/> 何でも食べる その他 ()				
睡 眠	時間 時 ～ 時 寝るときのくせ				
健 康	平熱	起こしやすい病気はありますか (持病等)			
		<input type="checkbox"/> かぜ <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 吐きやすい <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> ヘルニア <input type="checkbox"/> その他 ()			
	アレルギー体質ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ *はいの方 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> 薬品等 <input type="checkbox"/> その他 () 食物アレルギーはありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ それは医師の指示ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 食品名 () *その他伝えておきたいこと ()				
保 育 歴	<input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> その他 ()				

慣らし保育

1日目	月	日 ()	:	～	:
2日目	月	日 ()	:	～	:
3日目	月	日 ()	:	～	: