

就 緊 リ 子ども調査票(0歳半～1歳6ヶ月用)

★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
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"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 完了期 <input type="checkbox"/> 乳幼児食 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 ミルク cc 一日 回 時間おき その他 ()				
昼 寝	時間 時 分～ 時 分頃 *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 () : ~ :