

児童状況調査表				※新入園児記入不要		記載例	
児 童	クラス名	0歳児					
		1歳児	すみれ組		4歳児		
		2歳児			5歳児		
	ふりがな	しもだ なつみ		家庭での呼び名		性別	男・女
	氏 名	下田 夏海		なつ			
生年月日	平成 令和	2 年 8 月 8 日	血液型 A 型	平常体温 36. 3 ℃	自宅の電話番号 0558-33-4455 携帯電話 父:080-1234-5678 母:070-1111-2222 父勤務先 伊豆銀行下田支店 母勤務先 下田商事 その他(祖父母・親戚等) 祖母(波子携帯) TEL: 070-5555-9999 保険証 [保険者名] 全国健康保健協会静岡支部 [記号] 1122333 [番号] 999		
現住所	下田市一丁目××番△号						
保 護 者	ふりがな	しもだ たろう		児童との関係		緊 急 連 絡 先	
	氏 名	下田 太郎		父			
	現住所	※楷書・○番地、○番○号など住民票記載の住所を記入 下田市一丁目××番△号					
家 庭 環 境	家庭の状況	続柄	ふりがな 氏 名	生年月日		緊 急 連 絡 先	
		父	しもだ たろう 下田 太郎	S60.1.1			
		母	はなこ 〃 花子	S63.3.3			
		祖母	なみこ 〃 波子	S35.9.9			
		兄	たいち 〃 太一	H24.5.5			
		兄	たいよう 〃 太陽	H29.7.7			
児 童 の 現 況	☒ 自宅でみている [保育者 ☒ 母 ☐ 父 ☐ 祖母 ☐ 祖父 ☐ その他()]						
	☒ 保育所・幼稚園等に在園 施設名: ○○保育園 在園期間:平成・令和○年4月1日～平成令和○年 3月 31日 ☐ その他 []						
	※特に児童に対してお願いすること、希望することなど						
園に対する希望							

在園児は保育所名、
在園期間を記入

出生状況	第 3 子	出生時の体重 3200 g					※特記事項		
	分娩経過 ☒ 正常								
	2 早産 (ケ月)								
	発	あやすと笑う(1)か月 首のすわり(3)か月 おすわり(5)か月							
		はいはい開始(7)か月 一人歩き (11)か月 ことばの始まり(12)か月							
		離乳食開始 (5)か月 離乳食終了(18)か月 おむつはずし開始(18)か月							
	育	健	1歳6か月健診	☒ ① うけている		2 うけていない			
		康	2歳・2歳6か月健康相談	☒ ① うけている		3 うけていない			
		診	3歳児 健診	☒ ① うけている		2 うけていない			
	状	断							
障害・発達つまづきはありますか		(☒ 有・無) 状況(言葉が遅い気がする)							
況			有の方のみ 障害者手帳を持っていますか (無・療育・ ☒ 身体)						
			特別児童扶養手当を受給していますか (☒ 無・ 1 級・ 2 級)						
今までのにかかった病気等	アレルギーの有無		(☒ 有・無) アレルギーの種類(花粉・牛乳・卵)						
	麻しん(はしか)		水ぼうそう		風しん		耳下腺炎(おたふくかぜ)	突発性発疹	中耳炎
	年 月 日		令和4年6月3日		年 月 日		年 月 日	令和3年4月20日	年 月 日
	肺 炎		喘 息		ひきつけ(最後の発症日)		脱 臼(最後の発症日)	熱性けいれん(最後の発症日)	川崎病
	年 月 日		年 月 日		年 月 日		令和4年5月13日	年 月 日	年 月 日
	心臓疾患		腎疾患		水ぼうそう		その他()		
	年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日
その他、お子さんのことで気になること、困っていることなど									
該当の既往歴についてのみに記入してください。 母子手帳を参考に接種歴を記入してください。									
予防接種	Hib(ヒブワクチン)	1回(令和2年11月10日) 2回(令和2年 12月 20日) 3回(年 月 日) 追加(年 月 日)							
	肺炎球菌感染症	1回(令和2年2月1日) 2回(年 月 日) 3回(年 月 日) 追加(年 月 日)							
	4種混合(3種混合)	1回(年 月 日) 2回(年 月 日) 3回(年 月 日) 第1期追加(年 月 日)							
	BCG	(年 月 日)							
	麻しん・風しん混合	1期(年 月 日) 2期(年 月 日)							
	水痘(みずぼうそう)	1回(年 月 日) 2回(年 月 日)							
	日本脳炎	1回(年 月 日) 2回(年 月 日) 母子手帳を参考に接種歴を記入してください。 月 日 年 月 日							
	その他(任意接種含む)	ロタ		おたふくかぜ					
(令和2年10月8日)		(令和4年5月10日)		(年 月 日)					

児 童 の 状 況	発 育 と 健 康	発育状況		良 好 ・ 普 通 ・ 不 良		乳幼児(低年齢児)については、記入できる範囲で結構です。
		食 事	食 欲	さかん ・ 普 通 ・ む ら ・ な い		
			好 き 嫌 い	な い ・ 少 し ・ 多 い		
				(好きなもの パン いちご 嫌いなもの きゅうり)		
			時 間	朝食:(7時 30分頃) 夕食:(18時 00分頃)		
		一人で食べられる(スプーン・箸・フォーク)・食べさせてもらう				
		普段の食事 完食までに時間が(かか る ・ 普 通 ・ かからない)				
		排 泄	大 便	(午前 (午後)) (一人のできる ・ できない) (もらす ・ もらすこともある ・ もらさない)		
				(ことば (動作)) で 知らせることが(でき る ・ できない)		
			小 便	もらさない ・ もらすこともある ・ もらすことが多い		
	(ことば 動作) で 知らせることが(でき る ・ できない)					
	おむつ		していない (している(一日中・寝るときだけ) トイレトレーニング (中 ・ 完了))			
	睡 眠	寝る時間(21時頃) 起きる時間(7時頃) 午睡(しない ・ する)				
		良く寝る (寝ぼける) ・ 眠りが浅い				
		寝起きが(良 い) 普 通 ・ 悪 い				
		おねしょ [しない ・ する(毎日 (時々))]				
		ことば	ただしく発音できる (赤ちゃん言葉が残っている) ・ よく話をする ・ あまり話さない ・ その他()			
		利き手	右利き (左利き) ・ 両手利き ・ 左利きを右利きに矯正した			
	性 質	良いと思うところ		温和なところ。お絵かきや工作に集中する。		
		直したいところ		人見知りなところ。新しいことになかなかチャレンジできない。		
好きな遊び		屋内 ままごと、ぬりえ 屋外 お散歩				
かかりやすい病気				RSウィルス、中耳炎		
今までにした怪我				右ひじ脱臼		
その他						
かかりつけの病院						
内科・小児科				外 科		
下田 病(医)院				下田整形外科 病(医)院		
電話 33-5555				電話 88-7654		

☆通園について: 自宅から園まで通う方法と所要時間を書いてください。

(☒ 車) 徒歩 ・ 自転車 ・ その他) (15 分・ 時間)※片道

園児の写真をここに貼ってください。
プリント写真等で可。
継続在園児は来年以降
貼りなおさなくても可。

☆在園児について: 返却後、変更があった場合は変更箇所を赤字で記入してください。

赤字修正後の変更の場合は、下欄もご利用下さい。

変更箇所	(氏名・住所・勤務先・保険証等)	

緊急連絡先	続柄	氏 名	連絡先(職場等)	電話番号①	電話番号②

☆現在のからだのようす※どんなことでも結構ですので、変化があったことを記入し、保護者の確認印をお願いします。

	内 科	耳鼻科・眼科	その他 (園へ知らせておきたいこと等)	保護者 確認印
0歳				☐
1歳	とくになし	中耳炎になりやすい	右ひじを脱臼を5月にしたがそれ以降はしていない	☒
2歳				☐
3歳				☐
4歳				☐
5歳				☐

※在園児のみ
内容の確認、記入済として