

児童状況調査表【記載例】

児童状況調査表										※新入園児記入不要											
児 童	クラス名		0歳児						3歳児												
			1歳児						4歳児												
			2歳児		すみれ組				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														
保 護 者	生年月日		令和 5 年 8 月 8 日				血液型		A 型		平常体温		36. 3 ℃		自宅の電話番号		0558-27-4455				
	現住所		※椿書・○番地、○番○号など住民票記載の住所を記入 下田市一丁目××番1号														携帯電話 父:		080-1111-1111		
	ふりがな		しもだ たろう				児童との関係				母:		090-2222-2222								
	氏 名		下田 太郎				父				父勤務先		伊豆銀行下田支店								
	現住所		※椿書・○番地、○番○号など住民票記載の住所を記入 下田市一丁目××番1号														父勤務先		伊豆銀行下田支店		
家 庭 の 状 況	家庭の状況	続柄		ふりがな 氏 名				生 年 月 日				急 連 絡 先		TEL:		0558-22-0000					
		父		しもだ たろう 下田 太郎				昭和63年1月1日				母勤務先		下田商事							
		母		しもだ はなこ 下田 花子				平成3年3月3日				TEL:		0558-33-0000							
		祖母		しもだ なみこ 下田 波子				昭和38年7月7日				その他(祖父母・親戚等)		祖母(波子携帯)							
		兄		しもだ たいち 下田 太一				平成27年5月5日				TEL:		080-5555-9999							
		兄		しもだ たいよう 下田 太陽				令和3年4月4日				保険証		全国健康保険協会静岡支部							
												[保険者名]		下田 夏美							
												[記号] 1122333									
												[番号] 999									
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: 在園期間: 令和 年 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、在園期間を記入してください。																			

出生 状況	第 3 子		出生時の体重 3200 g		※特記事項		
	分娩経過 ① 正常						
	2 早産 (ヶ月)						
発 育 状 況	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 () か月						
	健康 診断	1歳6か月健診	① うけている 2 うけていない				
		2歳・2歳6か月健康相談	① うけている 2 うけていない				
3歳児 健診		① うけている 2 うけていない					
生 育 歴	障害・発達のつまづきは ありますか		(有 ・ 無) 状況 (言葉が遅い気がする)				
			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が (有 ・ 無 ・ 1級 ・ 2級)				
今 ま で 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)				
	麻疹(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8年6月3日	年 月 日	年 月 日	令和7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8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 ()	その他 ()	その他 ()	
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
その他	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	5種混合(4種混合)	1回(令和5年11月10日) 2回(令和5年 12月 20日) 3回(令和6年 1月 30日) 第1期追加(年 月 日)					
	Hib(ヒブワクチン)	1回() 2回() 3回(年 月 日) 追加(年 月 日)					
	小児用肺炎球菌感染症	1回 (令和7年2月1日) 2回(年 月 日) 3回(年 月 日) 追加(年 月 日)					
	BCG	(年 月 日)					
	麻疹・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) 3回(年 月 日) 追加(年 月 日)					
その他(任意接種含む)	ロタ (令和5年11月8日)		おたふくかぜ (令和6年9月10日)		(年 月 日)		

入園時の児童の状況	発育と健康	発育状況	(良好 ・ 普通 ・ 不良)			
		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	おむつ を (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	(たくさん発音できる・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ウイルス、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		下田 病(医)院 電話 0550-33-5555	外科 下田整形外科 病(医)院 電話 0550-22-2222			

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。					
片道 : (車) 徒歩 ・ 自転車 ・ その他) ・ (時間 15 分)					
登園経路: 自宅から園までの登園経路を記入してください。(印刷したものの貼付け可)					
入所園が決定後記入していただきますので、新規申込時に記載は不要です。 在園児で登園経路が変わる場合は、再度記入し園へ提出してください。					
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。					
変更箇所	勤務先・住所・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
		内 科	耳鼻科・眼科	その他 (園へ知らせておきたいこと)	保護者 確認印
0歳					印
1歳					印
2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	下田 印
3歳					印
4歳					印
5歳					印

※在園児のみ
内容の確認、記入済として
必ず押印をお願いします。