

児童生活調査票（2歳児以上用）

（別紙3）

(ふりがな)				性別	男 ・ 女			児童の写真貼付 (必須)	
児童氏名				生年月日	年 月 日 R8.4.1現在 歳 か月				
現住所	〒 ー ー 幕別町			血液型	型	平熱	℃	注意点 ・縦4.5cm×横3.5cm ・無帽で正面を向いたもの ・児童のみを撮影したもの ・顔が鮮明であるもの ・カラー印刷であるもの	
	(電話 ー ー)			入所理由					
家族及び同居者全員の状況									
ふりがな氏名		続柄	生年月日	勤務先・学校	勤務先住所		健康状態	同居・別居	
(携帯 ー ー)			年 月 日		(電話 ー ー)			同居・別居	
(携帯 ー ー)			年 月 日		(電話 ー ー)			同居・別居	
			年 月 日		(電話 ー ー)			同居・別居	
			年 月 日		(電話 ー ー)			同居・別居	
			年 月 日		(電話 ー ー)			同居・別居	
			年 月 日		(電話 ー ー)			同居・別居	
			年 月 日		(電話 ー ー)			同居・別居	
勤務時間	父	月～金	時 分 ～ 時 分	登降所時間	月～金	登所 時 分 降所 時 分	送迎者	朝	
		土	時 分 ～ 時 分		土	登所 時 分 降所 時 分		帰	
	月～金	時 分 ～ 時 分							
	土	時 分 ～ 時 分							
緊急連絡先(緊急時には、本欄の優先順位が高い人から順に連絡します)									
優先順位	ふりがな氏名		続柄	電話番号					
1				(携帯・自宅・職場)					
2				(携帯・自宅・職場)					
3				(携帯・自宅・職場)					
通院状況等	かかりつけの病院		(電話 ー ー)						
	治療又は発達支援を目的とした通院や通所(例:発達支援センター)		現在通っている(場所・内容) 過去に通っていた(場所・内容)						
出産状況		・安産・難産・異常()・早産・その他()・出生時体重(g)・身長(cm)							
睡眠	午睡の習慣		(はい・いいえ)		はいの方		時から 時まで		
	寝かた		(一人・兄弟と・親と)				寝る時の癖		
ことば	発音がはっきりしている		(はい・いいえ)		困っていること				
	よく話す ・ 話さない ・ 幼児語を使う ・ 吃音								
保育を受けた経験(他保育所・託児所など)			有 () ・ 無						

【必要事項を記入または該当する事項を○で囲んでください】

食 事	・ 1人で食べる (はい ・ いいえ)		好きな食べ物	嫌いな食べ物
	・ よく食べる (はい ・ いいえ)			
	・ 好き嫌が多い (はい ・ いいえ)			
	・ 食事の際に使うもの (箸 ・ スプーン ・ フォーク ・ 手づかみ)		困っていること	
	・ 食事に要する時間 ()分位			
排 泄	・ おむつをしている (はい ・ いいえ)		その時間帯 (朝 ・ 昼 ・ 夜) 知らせ方 困っていること	
	・ 大便秘結した時間にでる (はい ・ いいえ) 高いの方			
	・ 知らせる (はい ・ いいえ) 高いの方			
	・ ひとりでできる 大便秘結 (はい ・ いいえ) 小便 (はい ・ いいえ)			
性 格	・ 明朗 ・ 親切 ・ 几帳面 ・ 聞き分けが良い ・ 素直		困っていること	
	・ やさしい ・ 注意して物事を見る ・ 物事に熱中する			
	・ 無口 ・ 人前でもの言えない ・ わがまま ・ 乱暴			
	・ 反抗的 ・ 泣きやすい ・ 気が弱い ・ ケンカをしやすい			
	・ 無頓着 ・ 友達がでにくい ・ 腹を立てやすい			
養 育	・ 親子で一緒に遊びますか (はい ・ いいえ) 高いの方		それは誰ですか	
	・ 育児に協力してくれる人はいますか (はい ・ いいえ)		それは誰ですか	
	・ 育児でつらいことはありますか (はい ・ いいえ)		困っていること	
健 康 状 態	食 物 ア レ ル ギ ー	・ 特になし ・ 症状あり (診断名: 病院名:)		
		鶏卵 牛乳・乳製品 小麦 ソバ ピーナッツ 大豆 ゴマ ナッツ類(クルミ・カシューナッツ・アーモンド・)		
		甲殻類(エビ・カニ・) 軟体類・貝類(イカ・タコ・アサリ・) 魚卵(イクラ・タラコ・)		
		魚類(サバ・サケ・) 肉類(鶏肉・牛肉・豚肉・) 果物類(キウイ・バナナ・)		
	※上記は、こども家庭庁のガイドラインに沿った食品となっており、必ずしも提供される食品ではありません。			
体 質 的 な も の	か か つ た 病 気	その他()		
		・ いつ頃から () ・ 主な症状 ()		
		・ 家庭ではどの程度除去していますか ()		
		・ 特になし		
予 防 接 種	●Hib 1回目(済 ・ 未) 2回目(済 ・ 未) 3回目(済 ・ 未) 追加(済 ・ 未)			
	●小児用肺炎球菌 1回目(済 ・ 未) 2回目(済 ・ 未) 3回目(済 ・ 未) 追加(済 ・ 未)			
	●B型肝炎 1回目(済 ・ 未) 2回目(済 ・ 未) 3回目(済 ・ 未)			
	●4種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ) 第1期1回目(済 ・ 未) 2回目(済 ・ 未) 3回目(済 ・ 未) 追加(済 ・ 未)			
	●BCG(済 ・ 未) ●麻しん・風しん(済 ・ 未) ●水痘(済 ・ 未) ●おたふく(済 ・ 未)			
	●日本脳炎 第1期1回目(済 ・ 未) 2回目(済 ・ 未) 追加(済 ・ 未)			
そ の 他	要望などありましたらご記入下さい。			
保育士記入欄				