

児童の保育・健康状況調査書

フリガナ 児童氏名	生年月日	年 月 日	性別	□男 □女																								
これまでの 保育状況	<input type="checkbox"/> 自宅で保育 児童を見ている者 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 職場へ同伴 <input type="checkbox"/> 預けている（預け先： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）																											
発育状況	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">話すこと</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/>できる</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/>少しできる</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/>できない</td> </tr> <tr> <td>まわりの話</td> <td><input type="checkbox"/>わかる</td> <td><input type="checkbox"/>少しわかる</td> <td><input type="checkbox"/>わからない</td> </tr> <tr> <td>歩くこと</td> <td><input type="checkbox"/>できる</td> <td><input type="checkbox"/>少しできる</td> <td><input type="checkbox"/>できない</td> </tr> <tr> <td>食事</td> <td><input type="checkbox"/>ひとりできる</td> <td><input type="checkbox"/>手伝いがいる</td> <td><input type="checkbox"/>できない</td> </tr> <tr> <td>着替え</td> <td><input type="checkbox"/>ひとりできる</td> <td><input type="checkbox"/>手伝いがいる</td> <td><input type="checkbox"/>できない</td> </tr> <tr> <td>トイレ</td> <td><input type="checkbox"/>ひとりできる</td> <td><input type="checkbox"/>手伝いがいる</td> <td><input type="checkbox"/>できない</td> </tr> </table>				話すこと	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しできる	<input type="checkbox"/> できない	まわりの話	<input type="checkbox"/> わかる	<input type="checkbox"/> 少しわかる	<input type="checkbox"/> わからない	歩くこと	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しできる	<input type="checkbox"/> できない	食事	<input type="checkbox"/> ひとりできる	<input type="checkbox"/> 手伝いがいる	<input type="checkbox"/> できない	着替え	<input type="checkbox"/> ひとりできる	<input type="checkbox"/> 手伝いがいる	<input type="checkbox"/> できない	トイレ	<input type="checkbox"/> ひとりできる	<input type="checkbox"/> 手伝いがいる	<input type="checkbox"/> できない
話すこと	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しできる	<input type="checkbox"/> できない																									
まわりの話	<input type="checkbox"/> わかる	<input type="checkbox"/> 少しわかる	<input type="checkbox"/> わからない																									
歩くこと	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しできる	<input type="checkbox"/> できない																									
食事	<input type="checkbox"/> ひとりできる	<input type="checkbox"/> 手伝いがいる	<input type="checkbox"/> できない																									
着替え	<input type="checkbox"/> ひとりできる	<input type="checkbox"/> 手伝いがいる	<input type="checkbox"/> できない																									
トイレ	<input type="checkbox"/> ひとりできる	<input type="checkbox"/> 手伝いがいる	<input type="checkbox"/> できない																									
体質・病気	<p>かかりやすい症状はありますか？</p> <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 風邪 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 脱臼（部位： ） <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 特になし																											
	<p>これまで大きな病気やケガをしたことはありますか？</p> <input type="checkbox"/> はい → ____歳____か月ころ 病名（ ） 医療機関（ ） <input type="checkbox"/> いいえ																											
	<p>現在、定期的に受診している病気やケガはありますか？</p> <input type="checkbox"/> はい → 病名（ ） 医療機関（ ） <input type="checkbox"/> いいえ																											
	<p>アレルギー体質ですか？</p> <input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明																											
その他	<p>身体障害者手帳等をお持ちですか？</p> <input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 身体（ 級） <input type="checkbox"/> 療育（ 級） <input type="checkbox"/> 精神（ 級） <input type="checkbox"/> いいえ																											
	<p>特別児童扶養手当を受給していますか？</p> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																											
	<p>健診を受診していますか？</p> <input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 乳児健診 <input type="checkbox"/> 1歳6か月児健診 <input type="checkbox"/> 2歳6か月児健診 <input type="checkbox"/> 3歳児健診 <input type="checkbox"/> いいえ																											
	<p>健診で助言または指導を受けたことはありますか？</p> <input type="checkbox"/> はい（内容： ） <input type="checkbox"/> いいえ																											
※その他、心配なこと等ご自由にお書きください。																												

※この個人情報は、お子様の保育の円滑な実施のため、入園する施設へ情報提供させていただきます。