

# 児 童 調 書 ( 表 )

- この用紙は、お子さまの日常生活、健康状態についておたずねするものです。下記の項目のあてはまるところに、チェックまたはマルを付け、必要事項を記入してください。
- なお、この用紙に記載された内容については、児童が入所する保育施設に情報提供することがありますのでご了承ください。

<b>児童名</b>	男・女	<b>生年月日</b>	平成	年	月	日
<b>出産</b>	( )週 ( )gで出生 <input type="checkbox"/> 自然分娩 <input type="checkbox"/> 早産 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 鉗子分娩 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> その他					
<b>出生</b>	<input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> 保育器使用 <input type="checkbox"/> 酸素使用 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> その他( )					
<b>病気や体調</b>	<input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> 大きな病気にかかったことがある。 病名( ) <input type="checkbox"/> 手術をしたことがある。 病名( ) ( )歳( )ヶ月のとき <input type="checkbox"/> 現在通院中の病気がある。 病名( ) ( 治療中・経過観察中 ) 投薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( ) <input type="checkbox"/> かかりやすい病気がある。 病名( ) <input type="checkbox"/> ひきつけを起こしたことがある。 ( 歳 か月頃までに 回 ) 上記は <input type="checkbox"/> 熱性けいれんである <input type="checkbox"/> 熱性けいれんでない(具体的に: ) <input type="checkbox"/> アレルギーがある。 病院を <input type="checkbox"/> 受診している <input type="checkbox"/> 受診していない 原因 ( 食べ物・ハウスダスト・その他 )   アレルギーのある項目を記載してください。					
	●アレルギーがある場合は、入所内定後に医師の意見書を提出していただきます。 <input type="checkbox"/> 手、足、耳、目で気になることがある。 内容( ) <input type="checkbox"/> 病気・発達等で相談している機関がある 機関名: <input type="checkbox"/> 発達相談ゆう <input type="checkbox"/> 市の保健師 <input type="checkbox"/> 保健所 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他( )					
<b>予防接種 満3か月～</b>	<input type="checkbox"/> B型肝炎①②③ <input type="checkbox"/> ヒブ①②③④ <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌①②③④ <input type="checkbox"/> 四種混合①②③④ <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻しん風しん(MR) ①② <input type="checkbox"/> 水痘①② <input type="checkbox"/> 日本脳炎①②③ <input type="checkbox"/> 三種混合①②③④ <input type="checkbox"/> ポリオ①②③④					
<b>乳幼児健診</b>	<b>4 か月 児 健 診</b>	<input type="checkbox"/> 受けた → 受けた場所・機関 → 結果 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 箕面市が実施する健診 <input type="checkbox"/> 注意点あり <input type="checkbox"/> 他市の保健所・保健センター <input type="checkbox"/> 病院、診療所				
	<b>1 歳 6 か 月 児 健 診</b>	<input type="checkbox"/> 受けた → 受けた場所・機関 → 結果 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 箕面市が実施する健診 <input type="checkbox"/> 注意点あり <input type="checkbox"/> 他市の保健所・保健センター <input type="checkbox"/> 病院、診療所				
	<b>3 歳 半 児 健 診</b>	<input type="checkbox"/> 受けた → 受けた場所・機関 → 結果 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 箕面市が実施する健診 <input type="checkbox"/> 注意点あり <input type="checkbox"/> 他市の保健所・保健センター <input type="checkbox"/> 病院、診療所				

【裏面もご記入ください】

# 児 童 調 書 (裏)

●下記の項目のあてはまるところに、チェックを付け、必要事項を記入してください。

発 育 の 状 態  (該当する年齢の欄にご記入ください)	0 歳 児	<input type="checkbox"/> 体重は良好に増えている(現在約      kg) <input type="checkbox"/> 首はすわっている <input type="checkbox"/> 寝返りをする <input type="checkbox"/> お座りをする <input type="checkbox"/> ハイハイをする <input type="checkbox"/> つかまり立ちをする <input type="checkbox"/> 独りで立つ <input type="checkbox"/> 歩行する	母 乳 ・ ミ ル ク	<input type="checkbox"/> 現在飲んでいる <input type="checkbox"/> 全く飲んでいない <input type="checkbox"/> アレルギー用ミルクを飲んでいる ※表側のアレルギー欄にも記載してください。
	1 歳 児 ・ 2 歳 児	<input type="checkbox"/> 独りで立つ <input type="checkbox"/> 歩行する <input type="checkbox"/> 転ばずに一人で上手に歩く <input type="checkbox"/> 手を引くと、階段が上がる <input type="checkbox"/> 名前を呼ぶと振り向く <input type="checkbox"/> 「マンマ」等の単語を3語以上話す <input type="checkbox"/> 絶えず動き回り、目が離せない	幼 児 食	<input type="checkbox"/> 離乳食は完了している <input type="checkbox"/> 普通に食べる <input type="checkbox"/> 極端な偏食がある(詳しく記載してください。) <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>
	3 歳 児 ・ 4 歳 児 ・ 5 歳 児	<input type="checkbox"/> 走ることができる <input type="checkbox"/> まねて、丸を描く <input type="checkbox"/> 大きい、小さいがわかる <input type="checkbox"/> 自分の名前を言える <input type="checkbox"/> 会話ができる <input type="checkbox"/> 友達と一緒に遊ぶ <input type="checkbox"/> 危険を避けられる <input type="checkbox"/> 極端に落ち着かず、動き回る	食 事	<input type="checkbox"/> 普通に食べる <input type="checkbox"/> 極端な偏食がある(詳しく記載してください。) <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>
			排 泄	<input type="checkbox"/> ひとりでおしっこが出来る <input type="checkbox"/> 教えるので連れていく <input type="checkbox"/> 教えない <input type="checkbox"/> おむつ使用 (日中・夜間のみ)
その他心配なことやご希望などがあればお書きください。				
この用紙を記入した人： 父・母・(      )			記入した日： 平成      年      月      日	

幼児教育保育室使用欄 (記入しないでください)