

児童調査票

フリガナ		性別	男・女	生年月日	年 月 日
児童名					

該当する□にチェックしてください。

出産時の状況	出生歴	第 子	胎児週	週	分娩	正常分娩 その他 ()	
	身長	cm	出生体重	g	頭囲	cm	胸囲 cm
保育 (入所) 経験	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (年 月(歳 ヶ月頃) ~ 年 月(歳 ヶ月頃)まで) <input type="checkbox"/> 認可保育所等(幼稚園含む) <input type="checkbox"/> 認可外その他 <input type="checkbox"/> 園名 ()						
乳幼児健診	<input type="checkbox"/> 受診した (<input type="checkbox"/> 4 ヶ月 <input type="checkbox"/> お誕生前 (10~12 か月) <input type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 3歳6か月) 様子をみるように言われたことなどはありますか。() <input type="checkbox"/> 受診していない						
発達・発育	発達・発育に関して、相談したり、助言を受けたことはありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (相談先 ()) (相談・助言の内容 ())						
健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> その他 ()						
病気・持病・障害	現在 (過去) に定期的な通院や入院をしたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 通院歴 歳 ヶ月頃 (<input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 回程度) 入院歴 歳 ヶ月頃 (入院期間 日間) (病名 病院名)						
	持病や治療中の病気はありますか。 (ぜんそくや心臓疾患、熱性痙攣など) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 病名 () 症状 ()						
	現在、服薬をしていますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (回数 ___回/日 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 寝る前) (くすりの名称)						
	障害者手帳をお持ちですか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (級) (障害名)						
	療育手帳をお持ちですか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2)						
アレルギー	アレルギーはありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある アレルギーの原因となるもの () 受診はしましたか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (病院名) 症状及び必要な対応を詳しく記入してください。						
	その他						
	入園にあたり、お子さまの健康や発育について気になることをお書きください。						

※ 診断書や医師の意見書の提出をお願いすることがあります。