

児 童 の 状 況

(保育所)

ふりがな 児童氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
ふりがな 保護者氏名		住所			

質 問 事 項

- 生育歴 ※現在までの経過を記入してください。
首すわり(月) ・ おすわり(月) ・ はいはい(月) ・ 歩行(月)
- 食事 ※あてはまるものに○をつけ、記載欄に記入してください。
好き嫌いがありますか？ はい ・ いいえ
食事について心配なことはありませんか？(決まったものしか食べない ・ 食べる量についてなど)
はい(具体的に:) ・ いいえ
- 睡眠 ※あてはまるものに○をつけ、記載欄に記入してください。
就寝時間(時頃) 昼寝(しない ・ する: 時間)
睡眠リズム(規則的 ・ 不規則) ・ 寝つき(よい ・ わるい) ・ 寝起き(よい ・ わるい)
- 排泄 ※あてはまるものに○をつけてください。
オムツはずし(完了 ・ トレーニング中 ・ オムツ使用)
排泄について、心配なことはありませんか？(トイレを嫌がり、オムツにするなど)
はい(具体的に:) ・ いいえ
- ことばについて、心配なことはありませんか？
(同年齢の子に比べて言葉が遅い、指差しや言葉ではなく手を取ってつかませようとする等)
はい(具体的に:) ・ いいえ
- あそび ※あてはまるものに○をつけ、記載欄に記入してください。
誰とよく遊びますか？(父 ・ 母 ・ 祖父母 ・ 兄弟 ・ 近所の友だち ・ 一人で ・ その他)
どんな遊びが好きですか？(具体的に:)
- 生まれてから今までに、特別な病気(心臓・腎臓・肝臓・脳神経などの先天性異常、免疫不全症、その他の病気)にかかり、医師に診察を受けていますか？
はい(病名:) ・ いいえ
- ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか？ ※あてはまるものに○をつけ、記載欄に記入してください。
はい(歳 月頃 、 回数: 回 、 熱: あり ・ なし 、 治療: なし ・ あり)
いいえ
- アレルギーがありますか？ ※あてはまるものに○をつけてください。
はい(食物アレルギー ・ じん麻疹 ・ 気管支喘息 ・ 鼻炎 ・ 花粉症
・ アトピー性皮膚炎 ・ その他:)
いいえ
- その他、あてはまる項目があれば○をつけてください (複数回答可)
 - ・ 抱っこや手つなぎを嫌がる
 - ・ 思い通りにならないと、かんしゃくを起こしやすい
 - ・ 初めての人や場所を嫌がる
 - ・ やりとり中(会話中)、キョロキョロして視線が定まらない
 - ・ 大きな音や特定のものを怖がる
 - ・ 強い興味を示すもの(玩具等)や行動がある
 - ・ 目的もなくよく動き回り、じっとしてられない
- お子さんのことで相談したいことがあればお書きください。