

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

1. 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)
2. 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。 離乳食(完了 ・ ミルクと混合:ミルクの回数 回 ・ ミルクのみ: cc 回) 哺乳や離乳、食事について、心配なことはありませんか? はい(具体的に:) ・ いいえ
3. 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)
4. 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)
5. ことばについて、心配なことはありませんか?(喃語や言葉が少ないなど)	はい(具体的に:) ・ いいえ
6. 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。 あやすと喜びますか? (はい ・ いいえ) どんな遊びを喜びますか?(具体的に:)
7. 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
8. 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
9. 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
10. 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)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 抱っこをしにくい(反り返る・すり抜ける等) ・ よく動き回り、じっとしてられない ・ 名前を呼んでも振り向かない ・ 後追いや人見知りが見られない ・ 強い興味を示すもの(玩具等)や行動がある ・ 大きな音や特定のものを怖がる
11. 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。	