

園児調査表



年 月 日記入

園児	ふりがな				【園児の写真】 貼付してください スナップ写真可 自宅プリント可
	氏名				
	生年月日	年	月	日生	
	現住所				
	自宅☎				
保護者	ふりがな			続柄	
	氏名				
家族構成	ふりがな 氏名	続柄	生年月日	職業	勤務先または学校名等
緊急連絡先 (連絡順)	ふりがな 氏名 (続柄)	勤務先名称	勤務先電話	携帯電話	
	① ()				
	② ()				
	③ ()				

※緊急連絡先は、日中につながる番号をご記入ください。

かかりつけ医	★かかりつけ医または緊急時に受診を希望する医療機関名をご記入ください。	
	医療機関名	☎ ()
		☎ ()

★健康状態について

※以下について当てはまるところに○をし、() 内には詳細内容をご記入ください。

周産期	妊娠中	異常：なし・あり ()
	出生時	出生週数 () 週 出生体重 () グラム 異常：なし・あり⇒仮死 強い黄疸 けいれん 酸素使用 保育器使用 その他 ()
かかりやすい病気		下痢をしやすい 便秘をしやすい 鼻血が出やすい ゼイゼイしやすい 肘の関節が外れやすい・外れたことがある⇒部位 (右・左・両方) 皮膚が弱い (かぶれやすい) その他 ()
★かかったことのある病気やけがはありますか？ 麻しん 風しん 水ぼうそう おたふくかぜ その他 ()		
★熱性けいれん (ひきつけ) を起こしたことはありますか？ なし ・ あり ⇒初回 () 歳 () 月 / これまでの回数 () 回発生 / 最終 () 歳 () 月 ↓ けいれんの型：体を突っ張る・体がガクガクする・白目をむく・顔色が悪くなる その他 () ↓ 医師の指示・対応方法 ()		
※保育中に特別な配慮が必要ですか？ いいえ ・ はい		
★今までに、大きな病気やけがをしたことがありますか？また、現在通院中の病気がありますか？ (病名、発症した時期、病院名や相談先、通院頻度等、できるだけ詳細にご記入ください) なし ・ あり ⇒ 例：生まれつきの病気 (弱視、斜視、難聴、心臓や腎臓の病気 等) で月 1 回〇〇病院通院中 〇歳の時に発症した病気のため、運動や食事の制限がある など		
※保育中に特別な配慮が必要ですか？ いいえ ・ はい		
★アレルギーがありますか？ なし ・ あり ⇒食物アレルギー (原因食物：) ↓ 気管支喘息 (小児ぜんそく) アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 アレルギー性結膜炎 花粉症 ↓ その他 ()		
※保育中に特別な配慮が必要ですか？ いいえ ・ はい		
★常時使用している薬はありますか？ なし ・ あり ⇒[病名：] ↓ [薬の名前：]		
※保育中に投薬が必要ですか？ いいえ ・ はい		

上記太枠内※で「はい」に○を記入した場合は、職員との面談や【医師の診断書】等の提出をお願いする場合があります。

★発達状況について ※母子手帳を確認し、正確にご記入ください。

発育	首のすわり (カ月) 寝返り (カ月) おすわり (カ月) はいはい (カ月) つかまり立ち (カ月) つたい歩き (カ月) ひとり歩き (歳 カ月) 走る (歳 カ月)
食事	食事の形態は : 離乳食 (初期 ・ 中期 ・ 後期) 幼児食 食べ方は : 食べさせる ・ 手伝う ・ 自分でできる ミルクが必要 : いいえ ・ はい (母乳 ・ 人工 ・ 混合) 水分摂取方法 : 哺乳瓶 ・ ストロー ・ マグマグ ・ コップ 飲み方 : 飲ませる ・ 手伝う ・ 自分でできる
排尿	オムツを使用 トイレトレーニング中 トイレでできる
排便	オムツを使用 トイレトレーニング中 トイレでできる
着脱	着替えは : 着替えさせる ・ 手伝う ・ 自分でできる
言語	ブーブー (単語) など意味のあることば (歳 カ月頃) 二語文 (ワンワンきた 等) を話した時期 (歳 カ月頃) 大人の言う簡単なことば (ちょうだい 等) が分かる : はい ・ いいえ 絵本の中の知っているものを指差しする : はい ・ いいえ 自分の名前を言える : はい ・ いいえ
その他	後ろから名前を呼ぶと振り向く (声が出た方を見ようとする) : はい ・ いいえ 向き合って声をかけたときに視線が合う : はい ・ いいえ テレビや大人の身振りの真似をする : はい ・ いいえ クレヨンなどで丸 (円) を書く : はい ・ いいえ

★健康面や心身の発達で気になること、保育中に注意すべきことがありますか?
例: 吃音 (言葉の出だしがつまる・はじめの音をくり返す)、指しゃぶり、偏食、人見知り、など
なし・ あり:
()

★心身の発達について、発達相談、ことばの相談、訓練施設への通所などを利用していますか?
(過去に利用したことがある場合もご記入ください)
なし・ あり:
例: ○歳○ヵ月からカンガルー広場を利用中、○歳○ヵ月からマザーズホームに週 2 回通所中 など
()

※障害者手帳や療育手帳等をお持ちですか?
なし・ あり: 手帳の種類 () 等級や程度 ()

★家庭での育児・教育方針をご記入ください。 ※必ずご記入ください。
()

★今までに集団保育の経験がありますか?
なし・ あり: 施設名 ()
在園期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

★予防接種について ※母子手帳を確認し、正確にご記入ください。

予防接種の種類		接種済に○	予防接種の種類		接種済に○	
B型肝炎	定期	1回目		BCG		
		2回目			1回目	
		追加			2回目	
ヒブ (インフルエンザ b型)	定期	1回目		麻疹風しん (MR)	定期	
		2回目			1回目	
		3回目		水痘 (みずぼうそう)	定期	
		追加			2回目	
小児用肺炎球菌	定期	1回目		日本脳炎	定期	
		2回目			1回目	
		3回目			2回目	
		追加		追加		
四種混合 (ジフテリア・百 日咳・破傷風・ポ リオ)	定期	1回目		ロタウイルス (1価)	任意	
		2回目			1回目	
		3回目			2回目	
		追加		ロタウイルス (5価)	任意	
三種混合 (ジフテリア・百 日咳・破傷風) ※四種混合を接種 していない場合	定期	1回目		おたふくかぜ	任意	
		2回目			1回目	
		3回目			2回目	
		追加		追加		
三種混合 (ジフテリア・百 日咳・破傷風) ※四種混合を接種 していない場合	定期	1回目		不活化ポリオ ※四種混合を接種 していない場合		
		2回目			1回目	
		3回目			2回目	
		追加			3回目	

★自宅から園までの地図

・目印を記入するなど、できるだけ詳しくご記入ください。
・地図のコピーを貼付していただいてもかまいません (しっかりとりのり付けしてください)。
・道順を赤い線に入れてください。

この調査表に記載された内容について、園職員、山武市役所担当課及び関係機関等が情報共有し、日常の取り組み及び緊急時の対応のために活用することに同意します。
記載日: 年 月 日 保護者署名: