

発育状況調書

適切な保育のための貴重な資料となりますので具体的かつ正確にご記入ください。

令和 年 月 日現在

フリガナ		性別	生年月日		年齢(記入日時点)	
児童名		男・女	H・R	年 月 日	歳	ヶ月
フリガナ		住所・連絡先	〒			
保護者名			日中に連絡の取れる電話番号 Tel: _____			

※申し込み時点でまだ生まれていない児童については提出不要です。その他の場合は必ず提出してください。

妊娠中・出生時について

妊娠中の異常や病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり・具体的に (_____) 例:妊娠高血圧症候群(HDP)・切迫流産など
出産時	体重(_____)g 身長(_____)cm
黄疸	なし・普通・強(光線療法: _____ 日間)

発育状況について (まだできないことについて、チェックを入れてください)

首すわり	まだ <input type="checkbox"/>	寝返り	まだ <input type="checkbox"/>	一人で座る	まだ <input type="checkbox"/>		
ハイハイ	まだ <input type="checkbox"/>	つかまり立ち	まだ <input type="checkbox"/>	つたい歩き	まだ <input type="checkbox"/>	ひとり歩き	まだ <input type="checkbox"/>

乳幼児健診の状況について

1か月児健診	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診	助言指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容: _____)
4か月児健診	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診	助言指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容: _____)
9～10か月児健診	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診	助言指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容: _____)
1歳6か月児健診	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診	助言指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容: _____)
3歳児健診	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診	助言指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容: _____)

健康状態について

現在の健康状況	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 病気療養中 (病名・症状 _____)
病歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> ヘルニア <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> アレルギー (原因物質: _____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)
保育園に お願いしたいこと	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ありの場合のみ記入(具体的に)

栄養状況(食事)について

栄養法	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 卒乳 <input type="checkbox"/> 離乳食 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> その他(_____)
食物アレルギーについて	<input type="checkbox"/> アレルギーがある <input type="checkbox"/> まだわからない <input type="checkbox"/> アレルギーはない
	アレルギーがある場合、記入してください。
	・原因物質 [_____]
	・除去している食材 [_____]
	・アレルギー症状・状態 [_____]
	・アナフィラキシーショック: あり ・ なし
	・食事について配慮が必要なことがあれば記入してください。

裏面も記入してください。

排泄について

オムツの状況について	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パンツ <input type="checkbox"/> 夜のみオムツ
トイレについて	<input type="checkbox"/> 1人でできる <input type="checkbox"/> 手伝えばできる <input type="checkbox"/> トレーニング中である <input type="checkbox"/> トイレでできない

お子さんのこれまでの状況についてあてはまるものに○を付けてください。

0歳～ 2歳ごろまで	あやすとよく笑いますか。	はい・いいえ
	見えない方向から呼びかけると振り向きますか。	はい・いいえ
	バイバイなどの大人の仕草を真似しますか。	はい・いいえ
	大人の言う簡単なことば（おいで、ちょうだい、など）がわかりますか。	はい・いいえ
	指さしをしますか。	はい・いいえ
	マンマ、ブーブーなど意味のあることばを話しますか。	はい・いいえ
	話しかけると、視線を合わせますか。	はい・いいえ
	音楽に合わせて体を動かしますか。	はい・いいえ
	2語文（「わんわん きた」、「まんま ちょうだい」）など言いますか。	はい・いいえ
3歳、4歳ごろ	クレヨンなどで丸（円）を描きますか。	はい・いいえ
	自分の名前を言いますか。	はい・いいえ
	言葉のやりとりができますか。	はい・いいえ
	好きな玩具を使ってごっこ遊びをしますか。	はい・いいえ
	他のお子さんに関心を示しますか。	はい・いいえ
	走ったり飛んだりするなど、体を動かして遊ぶことが好きですか。	はい・いいえ
	いつもの道順・やり方・手順が変わると混乱するようなことがありますか。	はい・いいえ
・集団生活の経験はありますか。 <input type="checkbox"/> ある [施設・サークル名など：] <input type="checkbox"/> ない ・発達のことで相談している病院や施設はありますか。 <input type="checkbox"/> ある [病院・施設名：] <input type="checkbox"/> ない ・その他、発達などで気になることがあれば記入してください。		

※お子さんの状況によっては、診断書などを提出していただくほか、面談をして入園についてご相談させていただく場合があります。

備考欄