

入園までの生活状況（0・1歳児）

（ 組）

(ふりがな) 園児氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
		生年月日	年	月 日生

※ () 内に○か記入を、□内には該当するものにレ点でチェックをお願い致します。

< 発育歴 > 発育が済んでいるものの数字に○をしてください。 () 内には月齢をお書きください。

1、首のすわり (月) 3、1人ですわる (月) 5、歩きはじめ (歳 月)

2、ねがえり (月) 4、はいはい (月)

< ミルク・牛乳 >

1、種類 母乳のみ 混合 粉ミルクのみ 3、牛乳を飲んだことが ある ない

2、授乳方法 抱いて寝かせて1人で持たせてその他 () 4、コップを 使える 使えない

<p style="text-align: center;">離乳食をまだ始めていない方は記入不要です。</p> <p>1、離乳食を始めたのは (月)</p> <p>2、食事の移行状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・大人とほとんど同じ（普通食： 月から） ・大人用を使用し煮かえす（後期食： 月から） ・別に調理する（中期食： 月から） <p>3、食事の時間</p> <ul style="list-style-type: none"> ・朝食 (:) ・昼食 (:) ・夕食 (:) <p>4、食欲 <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>普通 <input type="checkbox"/>ない</p> <p>5、食事方法</p> <p><input type="checkbox"/>食べさせてもらう <input type="checkbox"/>手づかみで食べる <input type="checkbox"/>自分で食べる</p> <p>6、食べ方で気になることはありますか ()</p> <p>7、好きな食べ物 ()</p> <p>8、嫌いな食べ物 ()</p>	<p>< あそび ></p> <p>1、好きな遊び・玩具は何ですか ()</p> <p>2、お友達と遊びますか (はい・いいえ)</p> <p>3、テレビを見ますか (1日 分ぐらい) (どんな時に)</p> <p>< 性格 ></p>
--	---

< 睡眠 >

1、添い寝 (している・していない) 2、午睡時間を塗りつぶして下さい

9:00	10:00	10:30	11:00	11:30	12:00	12:30	13:00	13:30	14:00	14:30	15:00

3、起床 (時頃) : 寝起き 良い 悪い どちらでもない

4、就寝 (時頃) : 寝つき 良い 悪い どちらでもない

5、夜間起きる回数 (回程) : 夜泣きの場合何をして落ち着かせますか ()

6、睡眠時の習慣・癖 ()

< 排泄 >

1、おむつは何を使用していますか 2、おむつは一日何回交換しますか (便も含めて)

テープタイプ パンツタイプ (回/日)

3、便の回数 (回/日)

便のかたさ ゆるめ かため ふつう

○便秘で受診したことが ない あり (与薬あり・なし)

<保育歴> ※該当する□にチェックをしてください。

□自宅で主に世話をしていた方（児童との関係： ） （ 歳から 歳まで）

□今まで他の施設いた（施設名： ）
（ 歳から 歳まで）

<養育態度>

1、どんな子に育ててほしいと思いますか

2、しつけの上で特に重点をおいていること

健康状態

平熱 °C

アレルギーの発症が現在までに起こしたことが □ない □ある

☆あると答えた方・・・検査結果（ ）

アトピー性皮膚炎 □ない □ある（通院中 {与薬あり・なし} ・まだ受診していない）

喘息 □ない □ある（通院中 {与薬あり・なし} ・まだ受診していない）

あてはまるものを○で囲んでください。

便ゆるめ	時々腹痛がある	鼻血が出やすい	耳だれが出やすい
下痢しやすい	風邪を引きやすい	鼻水がよく出る	湿疹が出やすい
便秘気味	ゼイゼイしやすい	目やにが出やすい	皮膚が弱い
吐きやすい	熱をよく出す	乾燥肌	
顔色が悪い			

熱性けいれんを起こしたことが □ない □ある（ 歳 カ月）

ひきつけを起こしたことが □ない □ある（ 歳 カ月）

脱臼をしたことが □ない □ある（部位 ）（ 回）

頭を強く打ったことが □ない □ある（ 歳 カ月） 打った時検査を □した □していない

手術を受けたことが □ない □ある（病名・手術の内容 ： ）

<家族のアレルギー>

続柄（ ） 歳～（ 歳まで・現在まで） 続柄（ ） 歳～（ 歳まで・現在まで）

食物 { } ・薬物 { } ・その他 { } 食物 { } ・薬物 { } ・その他 { }

お子様の健康状態について何か園に伝えたい事項がありましたら、お書きください。