

フリガナ 児童氏名		生年月日	平成 年 月 日生	続柄		住所	自宅番号 ()							
家庭 状 況	続柄	氏名	生年月日	勤務先(連絡先会社名・電話・内線)	勤務時間		利用時間(園で記入します)							
	父				平日 時 ~ 時 土曜 時 ~ 時	一日 午前 午後								
	母				平日 時 ~ 時 土曜 時 ~ 時	(8:30-17:00) (8:30-12:30) (12:30-17:00)								
					◎ 緊急連絡先(連絡してほしい順番に書いてください)		◎ 両親以外にお迎えを頼める方は 無 ・ 有							
					電話番号	勤務先の名称・携帯	お迎え可能な方							
					①		氏名							
					②		連絡先							
					利用理由									
健康の記録			既往歴		健康状態		通園経路							
血液型	型 (RH + ・ -)	水痘	才	風邪をひきやすい ・ ゼイゼイしやすい										
体温	平熱 度	流行性耳下腺炎	才	熱をよく出す。										
出生歴	第 子	風疹	才	ひきつける (才頃 回)										
1. 妊娠中の母の病気	無 ・ 有	麻疹	才	アトピー性皮膚炎										
()				アレルギー (アレルゲン)										
2. 分娩異常	無 ・ 有	過去の病気・ケガ・手術など		過去の乳児健診の結果		かかりつけの医師								
()						() 病院・医院								
3. 在胎期間	週			異常なし ・ あり		先生								
4. 出生時						電話 ()								
体重 (g) 身長 (cm)		予 防 接 種												
頭囲 (cm) 胸囲 (cm)		ツ半	BCG	ポリオ		三種混合		M R	日本脳炎		水痘	流行耳下腺炎	その他	
5. 出生時の状態				1回目	2回目	一期		二期		基礎	追加			
異常なし ・ 仮死 ・ チアノーゼ		一日の生活の流れ(ミルク・食事・睡眠)												
けいれん ・ 酸素使用 ・ 保育器使用														
強い黄疸 ・ 光線療法 ・ 交換輸血														
その他 ()														

睡眠の状況	<p>1. ベット ・ 畳の上 ・ その他 ()</p> <p>2. 添い寝 ・ おんぶ ・ 抱っこ ・ 一人寝で ・ その他 ()</p> <p>3. 癖など (例えば: 指しゃぶり ・ タオルなど) ()</p> <p>4. 寝つき (良い ・ 悪い) 寝起き (良い ・ 悪い)</p> <p>5. その他寝ているときの状況など ()</p>	
排泄の状況	<p>1. オムツをしていますか? はい ・ いいえ ・ 寝ているときだけ</p> <p>2. オムツは何を使っていますか? 布 (自 ・ 貸) 紙おむつ</p> <p>3. オムツは一日何回交換していますか? (回)</p> <p>4. オマルを使用していますか? はい ・ いいえ</p> <p>5. ウンチは おしえる (毎日 ・ 時々) 動作でおしえる おしえない</p> <p>6. 便の回数と状態 (回) (硬い ・ 普通 ・ 軟らかい) いつ頃 ()</p> <p>7. おしっこは おしえる (毎日 ・ 時々) 動作でおしえる おしえない</p> <p>8. トイレでしますか? はい ・ いいえ</p> <p>9. トイレは 様式 ・ 和式</p>	<p>1. 哺乳瓶 使っている 使っていない</p> <p>2. 乳首の種類とサイズ (S ・ M ・ L ・ Y ・ ヌーク ・ X) その他 ()</p> <p>3. 現在の料理状態 (離乳食) 初期食 (ポタージュ状) ・ 中期食 (ジャム状) 後期食 (つぶし) ・ 完了期食 (大人の一部を細かく切る) 大人と同じ ・ その他 ()</p> <p>ミルク一日 (回) 1回 (ml)</p> <p>離乳食一日 (回)</p> <p>母乳 一日 (回)</p> <p>4. 嫌いな食べ物 ()</p> <p>5. 食べ方 (方法) ①ほとんど食べさせる ②手づかみで食べる ③スプーンなど持ちたがる ④自分でスプーンを口に運ぶ</p> <p>6. 与え方 ①抱いて ②ラック ③椅子に座らせて ④その他 ()</p> <p>7. 食べづらい食べ物 ①ドロドロしたもの ②固めのもの ③バサバサしたもの ④酸っぱいもの ⑤汁物</p> <p>8. 食事の様子 ①口の中にためやすい ②のどにひっかかりやすい ③吐きやし ④良く噛まない ⑤すぐ飲み込む</p> <p>9. 食物アレルギー ある ・ なし</p> <p>何を与えたとき ()</p> <p>いつ ()</p> <p>症状 ()</p> <p>10. その他気になること</p>
運動面	<p>1. うつぶせにすると少しの間頭を持ち上げる (ヶ月)</p> <p>2. 首がすわる (ヶ月)</p> <p>3. 寝返りをする (ヶ月)</p> <p>4. お座りをする (ヶ月)</p> <p>5. はいはいをしますか? よく這う (ヶ月) あまり這わない 這わない</p> <p>6. 歩行開始 (ヶ月)</p>	
遊び	<p>1. どんな遊びをしますか?</p> <p>2. お子さんと遊ぶ時間はありますか? ある ・ ない ・ 時々ある</p> <p>3. 好きな玩具は ()</p> <p>4. テレビは見せますか? はい ・ いいえ</p> <p>どんな番組をみていますか? ()</p>	