

一時保育

生活環境調査表

0. 1歳児用

令和 年 月 日 記入

フリガナ 児童氏名		生年月日	平成・令和 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																					
3.在胎期間	週			異常なし ・ あり		( ) 病院・医院 先生																					
4.出生時				電話 ( )																							
体重 ( g) 身長 ( cm)		予防接種																									
頭囲 ( cm) 胸囲 ( cm)		BCG	四種混合		MR	水痘	おたふく	肺炎球菌		H i b		日本脳炎		口タ		B型肝炎											
5.出生時の状態			1	2	3	追加	1	2	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	1	2	3
異常なし ・ 仮死 ・ チアノーゼ 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 ( )		一日の生活の流れ (ミルク・食事・睡眠)																									

睡眠の状況	1. ベッド ・ 畳の上 ・ その他 ( ) 2. 添い寝 ・ おんぶ ・ 抱っこ ・ 一人寝で ・ その他 ( ) 3. 癖など (例えば: 指しゃぶり ・ タオルなど) ( ) 4. 寝付き (良い ・ 悪い) 寝起き (良い ・ 悪い) 5. その他寝ているときの状況など ( )	1. 哺乳瓶 使っている 使っていない 2. 乳首の種類とサイズ (S ・ M ・ L ・ Y ・ ニーク ・ X ) その他 ( ) 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 ( ) ミルク一日 ( 回) 1回 ( ml) 離乳食一日 ( 回) 母乳一日 ( 回)
排泄	1. おむつをしていますか? はい ・ いいえ ・ 寝ているときだけ 2. おむつは何を使っていますか? 布 (自 ・ 貸し) 紙おむつ 3. おむつは一日何回交換していますか? ( 回) 4. オマルを使用していますか? はい ・ いいえ 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 6. 便の回数と状態 ( 回) (硬い ・ 普通 ・ 軟らかい) いつ頃 ( ) 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 8. トイレでしますか? はい ・ いいえ 9. トイレは 洋式 ・ 和式	食 事 4. 嫌いな食べ物 ( ) 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スプーンなどを持ちたがる ④自分でスプーンを口に運ぶ 6. 与え方 ①抱いて ②ラック ③椅子に座らせて ④その他 ( ) 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 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吐きやすい ④よく噛まない ⑤すぐ飲み込む 9. 食物アレルギー ある ・ なし
運動面	1. うつぶせにすると少しの間頭を持ち上げる ( ヶ月) 2. 首がすわる ( ヶ月) 3. 寝返りをする ( ヶ月) 4. お座りをする ( ヶ月) 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 6. 歩行開始 ( ヶ月)	
遊	1. どんな遊びをしますか? 2. お子さんと遊ぶ時間はありますか? ある ・ ない ・ 時々ある 3. 好きな玩具は ( )	何を与えたとき ( ) いつ ( ) 症状 ( )

び

4. テレビは見せますか？

はい ・ いいえ

どんな番組を見ていますか？ (

)

10. その他気になること