

# 家庭状況及び入園児童に関する調書

必要事項を記入のうえ、該当する項目を○で囲んで下さい。

就 労 ・ 就 労 予 定	父 親 の 状 況				母 親 の 状 況						
	職 業 勤務先名 所在地 通勤時間 約 分(片道の時間を記入してください。) 就労日数 (月) 日 / (週) 日 就労時間 時から 時まで その他 内定 ・ 求職中				職 業 勤務先名 所在地 通勤時間 約 分(片道の時間を記入してください。) 就労日数 (月) 日 / (週) 日 就労時間 時から 時まで その他 内定 ・ 求職中						
不 存 在	死亡・離婚・離婚調停中・別居・未婚・その他 年 月 日頃から				死亡・離婚・離婚調停中・別居・未婚・その他 年 月 日頃から						
祖 父 ・ 祖 母 の 状 況	父 方				母 方						
	祖父	氏名	大・昭 年 月 日生			祖父	氏名	大・昭 年 月 日生			
		住所					住所				
	<input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離別	外勤・自営・疾病(入院・通院)・介護・無職 その他( )				<input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離別	外勤・自営・疾病(入院・通院)・介護・無職 その他( )				
	祖母	氏名	大・昭 年 月 日生			祖母	氏名	大・昭 年 月 日生			
住所				住所							
<input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離別	外勤・自営・疾病(入院・通院)・介護・無職 その他( )				<input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離別	外勤・自営・疾病(入院・通院)・介護・無職 その他( )					
緊 急 連 絡 先	氏 名		続柄	住所及び勤務先名等			電話番号				
	1						携帯 自宅 会社	-	-		
	2						携帯 自宅 会社	-	-		
かかりつけの医療機関		病院名		連絡先			- -				
入園前の保育歴		<input type="checkbox"/> 家庭		父・母・祖父・祖母・職場に同行(父・母)・その他( )							
		<input type="checkbox"/> 集団		施設名				歳	か月から	歳	か月まで
				種別	認可(保育所・認定こども園・幼稚園・地域型保育)・認可外保育施設						
① 食 事	1. はし又はスプーンを使用して食べることができる。 2. 大人の助けがあれば食べられる。 3. 食べさせてもらう。										
② 排 泄	1. 大小便とも自分でできる。 2. 大人の助けがあればできる。 3. 自分ではできないが知らせる。 4. おむつを使用している。										
③ 着脱衣	1. 自分で着脱し、ボタンかけもできる。 2. 簡単なものは自分でできる。(・着る ・脱ぐ ・着脱) 3. 大人にしてもらう。										
④ こ と ば	1. 普通に話しができる。 2. どうにか話すことができる。(・単語で ・二語文で ・三語文で) 3. ことばにならない。										
⑤ 遊 び	1. 近所の子ども(誰とでも)と遊べる。 2. 近所の子どもと遊ぶがひとりになりやすい。 3. 遊びたいが仲間には入れない。 4. 親又は兄弟としか遊ばない。 5. いつも一人で遊んでいる。(・近所に子どもがいない ・ひとり遊びが好き)										
⑥ そ の 他	※保育にあたり知らせておきたいことがある場合にはご記入下さい。										

# 生 育 歴

児童名				記入の年	現在の年齢	歳	か月	平熱	℃
出産時の状況	第	子	分娩	正 常					
	出産時体重	g		異 常					
発育の状況	栄 養	母乳・人工乳・混合				言 葉		か月	
	離乳食	開 始	か月	完 了	か月	ひとり歩き		か月	
予 防 接 種 の 状 況									
名 称	年月日	年月日	名 称	年月日	年月日				
B C G	..	<del>..</del>	麻しん(単独接種)	..	..				
四 種 混 合 <small>(百日咳・ジフテリア・破傷風・ポリオ)</small>	..	..	風しん(単独接種)	..	..				
H i b	..	..	既 往 歴						
	..	..	名 称	歳	名 称	歳			
	..	..	麻しん		脱 臼				
小児用肺炎球菌	..	..	風しん		ヘルニア				
	..	..	耳下腺炎		ひきつけ				
B 型 肝 炎	..	..	水 痘		ぜんそく				
	..	<del>..</del>	川崎病		アトピー				
日 本 脳 炎	..	..	溶連菌		アレルギー				
	..	..	中耳炎		心疾患				
ロタウイルス	..	..	百日咳						
	..	..	肺 炎						
耳 下 腺 炎	..	..	健 診 の 受 診 状 況						
水 痘	..	..	乳児健診		1歳6か月健診		3歳児健診		
麻しん風しん混合(MR)	..	..	未 ・ 済	良好	未 ・ 済	良好	未 ・ 済	良好	
	..	..		その他 ( )		その他 ( )		その他 ( )	
	..	..							
<p>体質的なもので、該当するものがあれば○で囲んで下さい。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・風邪をひきやすい</li> <li>・発熱しやすい</li> <li>・便秘しやすい</li> <li>・骨折しやすい</li> <li>・アトピー性皮膚炎(食事 薬 )</li> <li>・アレルギー(食事 薬 )</li> <li>・その他( )</li> <li>・口内炎がしやすい</li> <li>・吐きやすい</li> <li>・鼻血がしやすい</li> <li>・自家中毒をおこしやすい</li> <li>・ひきつけやすい</li> <li>・ぜんそくがおきやすい</li> <li>・脱臼しやすい(箇所 )</li> <li>・下痢しやすい</li> </ul>									
<p>これまでに重い病気で入院治療(手術等を含む)を受けたことや、発達に関して専門機関等に相談したことがある場合には、受診機関名や相談機関名とその後の経過等をご記入ください。</p> <p>○ 受診(相談)機関名: 病名:</p> <p>○ 経過等: ○ 現在の状況:</p>									