

# 児童状況調査表

児 童	クラス名	0歳児			3歳児			
		1歳児			4歳児			
		2歳児			5歳児			
	ふりがな				家庭での呼び名		性別	男・女
	氏 名							
	生年月日	令和	年	月	日	血液型 型	平常体温 ℃	自宅の電話番号
現住所	※楷書・○番地、○番○号など住民票記載の住所を記入 下田市							
保 護 者	ふりがな				児童との関係		緊 急 連 絡 先	携帯電話 父：
	氏 名							母：
	現住所	※楷書・○番地、○番○号など住民票記載の住所を記入 下田市						父勤務先
家 庭 環 境	続柄	ふ り が な			生 年 月 日		TEL：	
		氏 名						
	家庭の状況							母勤務先
								TEL：
								その他(祖父母・親戚等)
								TEL：
			保険証					
児 童 の 現 況		<input type="checkbox"/> 自宅でみている [ 保育者 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> その他( ) ] <input type="checkbox"/> 保育所・幼稚園等に在園 施設名： 在園期間:平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> その他 [ ]						
園に対する希望		※特に児童に対してお願いすること、希望することなど						

生育歴	出生状況	第 子		出生時の体重 g				※特記事項			
		分娩経過 1 正常									
		2 早産 ( か月)									
	発育状況	あやすと笑う( )か月 首のすわり( )か月 おすわり( )か月 はいはい開始( )か月 一人歩き( )か月 ことばの始まり( )か月 離乳食開始( )か月 離乳食終了( )か月 おむつはずし開始( )か月									
		健康診断	1歳6か月健診		1 うけている		2 うけていない				
			2歳・2歳6か月健康相談		1 うけている		2 うけていない				
			3歳児 健診		1 うけている		2 うけていない				
		障害・発達のつまづきがありますか		( 有 ・ 無 )状況( )							
				有の方のみ・障害者手帳を持っていますか ( 無 ・ 療育 ・ 身体 )							
				・特別児童扶養手当を受給していますか ( 無 ・ 1級 ・ 2級 )							
		今までにかかった病気等	アレルギーの有無		( 有 ・ 無 )アレルギーの種類( )						
			麻疹(はしか)	水ぼうそう	風しん	耳下腺炎 (おたふくかぜ)	突発性発疹	中耳炎			
			年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日			
	肺 炎		喘 息	ひきつけ (最後の発症日)	脱 臼 (最後の発症日)	熱性けいれん (最後の発症日)	川崎病				
	年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日				
心臓疾患	腎疾患		水ぼうそう	( その他 )	( その他 )	( その他 )					
年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日					
その他、お子さんのことで気になること、心配なこと、困っていることなど											
予防接種	Hib(ヒブワクチン)	1回( 年 月 日) 2回( 年 月 日) 3回( 年 月 日) 追加( 年 月 日)									
	肺炎球菌感染症	1回( 年 月 日) 2回( 年 月 日) 3回( 年 月 日) 追加( 年 月 日)									
	4種混合(3種混合)	1回( 年 月 日) 2回( 年 月 日) 3回( 年 月 日) 第1期追加( 年 月 日)									
	BCG	( 年 月 日)									
	麻疹・風しん混合	1期( 年 月 日) 2期( 年 月 日)									
	水痘(みずぼうそう)	1回( 年 月 日) 2回( 年 月 日)									
	日本脳炎	1回( 年 月 日) 2回( 年 月 日) 3回( 年 月 日) 追加( 年 月 日)									
その他(任意接種含む)	( 年 月 日)		( 年 月 日)		( 年 月 日)						



通園について、自宅から園まで通う方法と所要時間を書いてください。

片道：（ 車 ・ 徒歩 ・ 自転車 ・ その他 ） ・ （ 時間 分 ）

登園経路: 自宅から園までの登園経路を記入してください。（印刷したものの貼付けも可）

在園児について: 返却後、変更があった場合は変更箇所を赤字で記入してください。

変更箇所	勤務先・氏名・住所・保険証等				
緊急連絡先	続柄	氏 名	連絡先(職場等)	電話番号①	電話番号②
		内 科	耳鼻科・眼科	その他 (園へ知らせておきたいこと)	保護者 確認印
0歳					印
1歳					印
2歳					印
3歳					印
4歳					印
5歳					印