（保護者が記入し実施施設へ提出）

# 児童調査票（乳児等通園支援事業（こども誰でも通園制度））

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ふりがな<br>児童氏名 | | 性別 | 愛称 | 生年月日 | 年　月　日生 |
| 調査年月日 | 年　月　日 | | 調査時の年齢 | 満　歳　か月 | |
| 平熱 | 度　分 | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| 児童の健康状況 | 1．今までに大きな病気をしたことがありますか。<br>※はいの場合：病名（　　）　現在の状況（ 完治 ・ 経過観察中 ・ 治療中 ） | いいえ ・ はい |
| | 2．いつも継続して飲んでいる薬はありますか。<br>※はいの場合：病名（　　） | いいえ ・ はい |
| | 3．アレルギーについて<br>（1）薬　□無　□有（　　）<br>（2）食品　□無　□有（　　）<br>（3）その他（蜂に刺されたなど）　□無　□有 | |
| | 4．けいれん、ひきつけを起こしたことがありますか。 | いいえ ・ はい |
| | 5．股を開いたとき、痛がったり開きが悪かったりしますか。 | いいえ ・ はい |
| | 6．肘や肩がはずれたことがありますか。 | いいえ ・ はい |
| | 7．その他、発育状況について<br>（1）呼びかけに応答しますか。<br>（2）話す時に視線は合いますか。<br>（3）言語<br>□普通に話せる　□二語文が話せる　□単語のみ話せる　□おうむがえし　□話せないが言われたことは理解できる<br>（4）動きは激しいですか。<br>（5）日常的な会話はどうですか。 | <br>いいえ ・ はい<br>いいえ ・ はい<br><br><br>いいえ ・ はい<br>できない ・ できる |
| | 8．心身の発達について、専門機関に相談していますか。<br>※はいの場合：機関名（　　）　いつ頃から（　　）<br>症状は（　　） | いいえ ・ はい |
| | 9．今までにかかった病気<br>□熱性けいれん　□喘息　□中耳炎　□川崎病　□その他（　　） | |
| | 10．その他お子様について施設に伝えたい事項をご記入ください。<br>（　　） | |

| | | |
|---|---|---|
| 母乳<br>ミルク<br>混合 | ミルク | メーカー（　　）品名（　　）温度（　　）<br>乳首の種類（ S ・ M ・ L ・ LL ・ ヌーク ）<br>１回の哺乳量（　　）cc　間隔（　　）時間おき |
| 離乳 | 果汁・スープ・おもゆ（　）か月から<br>裏ごし（　）か月から<br>おかゆ・うどん（　）か月から<br>ごはんを食べる（　）か月から | |
| 食事 | 食事の量<br>少ない・ふつう・多い<br>好きな食べ物<br>嫌いな食べ物 | |
| 睡眠 | 昼寝　午前（　時より　時間くらい）・午後（　時より　時間くらい）<br>寝ぐせ　□無　□有（　　） | |
| 排泄 | □排尿排便ともに自立　□一部介助　□全面介助　□予告により連れていく　□おむつ使用 | |
| 着脱 | □できる　□しようとしている　□できない | |
| クセ | □爪を噛む　□指しゃぶり　□その他（　　） | |
| 体質 | □風邪をひきやすい　□ゼイゼイしやすい　□皮膚が弱い　□鼻血が出やすい　□熱が出やすい<br>□その他（　　） | |
| 好きな遊び | 室内（　　）<br>戸外（　　） | |
| 怖がるもの | □ない　□ある（　　） | |