

家庭に於ける生活状況調査

フリガナ 児童氏名		男・女	住所	
		血液型		
			自宅(TEL)	
保護者氏名		父携帯		
		母携帯		
勤務先名称			電話番号	
父				
母				
緊急連絡先(氏名・続柄または勤務先・部署名等)			電話番号	
連絡先①				
連絡先②				
連絡先③				

かかりつけの病院			
内科			電話番号
外科			電話番号

生育歴	出生児の状況	1. 正常	2. 早産 (ヶ月)	第子
	出生児の体重	g	出生児の身長	cm
	あやすと笑う	ヶ月	首のすわり	ヶ月
	おすわり	ヶ月	ねがえり	ヶ月
	はいはい開始	ヶ月	マンマ・ブーブー・など言葉の始まり	ヶ月
	離乳開始	ヶ月	離乳完了	ヶ月
	一人歩き	ヶ月	おむつはずし開始	ヶ月

健康診断	1歳6か月児健診	1. うけている 2. うけていない	イ. 異常なし ロ. 指導あり
	3歳児健診	1. うけている 2. うけていない	イ. 異常なし ロ. 指導あり

入所前の状況	排便	ひとりで	大便 できる	できる	できない
			小便 できる		できない
	着脱	1. ひとりで出来る	2. まだ不十分	3. まったく着られない	
	睡眠	1. ひとりで寝られる 3. 誰かと一緒に寝る	2. 寝つく時だけ誰かと寝る	(時 分に寝る)	
	食事	右利き 一人で食べられる よく食べる 好きなもの ()	左利き 少し手伝ってもらう 好ききらいが少しある	はし スプーン	食べさせてもらう きらいなものが多い きらいなもの()
<保育所に伝えたいこと>					

予防接種の記録	種類	接種年月日			
	ヒブワクチン	年月日	年月日	年月日	年月日
	肺炎球菌	年月日	年月日	年月日	年月日
	ロタ	年月日	年月日	年月日	年月日
	B型肝炎	年月日	年月日	年月日	年月日
	四種混合	年月日	年月日	年月日	年月日
	B C G	年月日			
	麻しん・風しん (MR)	年月日			
	水痘	年月日		年月日	
	日本脳炎	年月日	年月日	年月日	年月日
その他	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
その他	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日

※予防接種の記録の記入に代えて、母子手帳の当該ページの写しを添付することも可能です。

今までにかかった病気	【あてはまるものがあれば、発症した年齢を記入してください】			
	麻疹(はしか)	ヶ月頃	肺炎	ヶ月頃
	水痘(みずぼうそう)	ヶ月頃	気管支炎	ヶ月頃
	風疹(三日ばしか)	ヶ月頃	中耳炎	ヶ月頃
	おたふくかぜ	ヶ月頃	喘息	ヶ月頃
	百日咳	ヶ月頃	ひきつけ・けいれん	ヶ月頃
	突発性発疹	ヶ月頃		回数
	川崎病	ヶ月頃	脱臼	ヶ月頃
	心臓疾患	ヶ月頃		脱臼部分()
	腎疾患	ヶ月頃	その他	ヶ月頃
現在治療中の病気はありますか	<input type="checkbox"/> あり (服薬 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> なし			
「あり」と答えた方	病名()	病院名()		
	通院状況()			

身体的・体質的特徴	<input type="checkbox"/> 下痢しやすい	<input type="checkbox"/> 吐きやすい
	<input type="checkbox"/> 便秘しやすい	<input type="checkbox"/> ヘルニア
	<input type="checkbox"/> 関節がはずれやすい	<input type="checkbox"/> アレルギー体质
	<input type="checkbox"/> 喘息・発作などをおこす	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎
	<input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい	<input type="checkbox"/> 薬過敏(薬名:)
	<input type="checkbox"/> 熱を出しやすうけていない	<input type="checkbox"/> 食物()
	<input type="checkbox"/> 鼻血がでやすい	<input type="checkbox"/> その他