

児童状況調査票

NO. _____

年 月 日記入

対象児童	ふりがな				男・女
	氏名				
	生年月日	平成 年 月 日生	年齢/学年	歳/ 年	
	住所			電話番号	
保護者	氏名	父	母		
	携帯番号				
	勤務先名称				
	勤務先電話番号				
家族構成	氏名	年齢	続柄	学校・職業等	
送迎者	※保護者以外の方が送迎されるときは、記入してください。				
	氏名	電話番号	住所	続柄	
緊急連絡先	氏名	電話番号	住所	続柄	
備考					

(児童名：)

健康状態	平熱： °C
	かかりやすい病気： なし・あり ()
	アレルギー： 鼻炎・喘息気味・花粉アレルギー・じんましん アトピー性皮膚炎 その他 ()
	熱性けいれん： なし・あり (今まで 回)
	既往歴： 肺炎・ぜん息・脱臼・ひきつけ・川崎病 その他 (入院・手術など)
	予防接種： BCG・三種混合・ポリオ・混合MR (麻疹、風疹)・ 水ぼうそう・おたふくかぜ・インフルエンザ
	かかりつけ医： 病院名 電話番号
	健康保険証番号： 子ども医療証番号：
発育	一人歩き： (才 ヶ月) 始言 (才 ヶ月) 会話： できる・できない その他 ()
食事	食物アレルギー： 卵 牛乳 小麦粉 そば ピーナッツ その他 ()
	苦手な食べ物： 量： 多い・普通・少なめ
	食べ方： 一人で食べる・介助してフォーク・スプーン・はし
排泄	下着： おむつ・パンツ 夜間のおむつ使用： あり・なし 便の状態： かため・普通・ゆるめ
	睡眠
遊び・玩具	好きな遊び・おもちゃ等
泣いたときの係わり方	
しつけ習慣	
配慮してほしいこと	
慢性的な病気・発達などの障害による病院通所 有り ・ 無 ※有りの場合 具体的に記入してください ()	

