

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・令和	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	℃
	かかりやすい病気	なし ・ あり ()
	アレルギー	鼻炎 ・ 喘息 ・ 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	肺炎球菌 ・ B 型肝炎 ・ ロタ ・ 四種混合 ・ ヒブ BCG ・ 麻疹風疹 ・ 水痘 ・ 日本脳炎 ・ 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:
	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	昼寝	しない ・ する(時 分~/ 時間)
	寝るときのくせ	一人寝 ・ 添い寝 ・ おんぶ ・ 抱っこ その他()
好きな遊び・ おもちゃ等		
泣いたときの 関わり方		
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		無 ・ 有 ※有りの場合 具体的に記入してください ()