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 |