

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 ()	