

家庭調査票

ふりがな 児童氏名		性別		生年月日	令和・平成 (記入日時点)	年	月	日	歳	か月)
保護者の通勤状況について		父			母					
	通勤時間	時間 分			時間 分					
	通勤手段 (利用するものに○)	車・自転車・徒歩・バイク・電車・バス			車・自転車・徒歩・バイク・電車・バス					
	経路	自宅 →()→() →()→職場			自宅 →()→() →()→職場					
主に送り迎えする人	父 ・ 母 ・ 他 (児童との関係:)									
保育施設への送迎手段	徒歩 ・ 自転車 ・ 自動車 ・ その他()									
日本語の日常使用について ※外国籍の方のみ	児童	家での会話 ・日本語 ・母国語(語)			まったくわからない ・だいたいわかる		・かんたんな単語のみ ・日常会話ができる			
	父母	家での会話 ・日本語 ・母国語(語)			まったくわからない ・だいたいわかる		・かんたんな単語のみ ・日常会話ができる			
かかりつけの病院	病院名:				電話:					
出産時の状況	第 子	在胎週数:	週 日	体重:	g	身長:	cm			
平熱	度 分									
健康診断について	健診時期	(該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> を入れる)				指摘内容				
	1か月児健診	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 指摘あり <input type="checkbox"/> 未受診								
	4か月児健診	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 指摘あり <input type="checkbox"/> 未受診								
	12か月児健診	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 指摘あり <input type="checkbox"/> 未受診								
	1歳6か月児健診	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 指摘あり <input type="checkbox"/> 未受診								
	3歳児健診	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 指摘あり <input type="checkbox"/> 未受診								
哺 乳	母乳 (ヶ月まで)	ミルク	混合	離乳の 状態	開始	月齢	完成	月齢		
食 事	・よく食べる ・少食		偏食	・有 ・無	・苦手な食べ物() ・好きな食べ物()					
入所する前、主に 保育していた人	父 母 祖父 祖母 個人集団() その他()									
集団保育の 経験について	集団保育の経験がありますか? ある ・ ない									
	ある場合	期間	年	月から	年	月	頻度	週()	回程度	
次の項目は、 何ヶ月頃に できましたか	施設名			所在地						
	・首がすわったとき (ヶ月)		・ねがえり (ヶ月)		・はいはい (ヶ月)		・ひとりでおすわり (ヶ月)		・つかまりだち (ヶ月)	
・あやすと声をだす (ヶ月)		・ことばのはじまり (ヶ月)		・二語文 (ヶ月)						

裏面続く

ふりがな 児童氏名		性別		生年月日		令和・平成 (記入日時点 年 月 日 歳 か月)			
予防接種 (接種済みのものには ✓を入れてください。)	ヒブ	1回	小児 肺炎球菌	1回	4種混合 百日せき ジフテリア 破傷風 不活化ポリオ	1回	水痘 (水ぼうそう)	1回	/
		2回		2回		2回			
		3回		3回		3回			
		追加		追加	追加	追加	追加		
	B型肝炎	1回	BCG		日本脳炎	1回		3回	
		2回	麻しん風しん	1期		2回	おたふくかぜ		
3回		2期		追加		その他			
今までにかかった 病気などはありますか	・麻しん(はしか)(歳 ヶ月) ・水痘(水ぼうそう)(歳 ヶ月) ・おたふくかぜ(歳 ヶ月) ・中耳炎(歳 ヶ月) ・ひきつけ(歳 ヶ月) ・ヘルニア(歳 ヶ月) ・小児喘息(歳 ヶ月) ・脱臼(脱臼した部分 歳 ヶ月)								
児童の 健康 状況	今までにかかった重い病気はありますか？ あり ・ ない								
	病名：								
	今までに入院したことはありますか？ あり ・ ない								
	病名： (年 月)								
	けが： (年 月)								
	現在、病気や発達等のことで相談している病院等がありますか？ あり ・ ない								
	病名等： 医療機関名：								
	日常使用しているお薬はありますか？ あり ・ ない								
	お薬名 与薬量								
	交付されている手帳はありますか？ あり ・ ない								
	身体障害者手帳(級) 療育手帳(① A B C)								
	けいれんやひきつけを起こしたことはありますか？ あり ・ ない								
	初めて起こした年齢(才 か月ごろ)								
	ぜん息はありますか？ あり ・ ない								
	アレルギーはありますか？ あり ・ ない								
アレルギー症状の出るものを書いてください。									
集団給食において除去食の必要はありますか？ あり ・ ない									
除去する食物とその量を書いてください。(調味料・調理器具の共有不可等)									
下部の中に該当するものはありますか？(あれば該当するものを○で囲む) あり ・ ない									
1. 話しかけても視線が合わない 6. ともだちとうまく関われない 2. 目的がなく動き回る 7. 人に噛みついたり、激しく叩いたりする 3. 奇声をあげる 8. 人に触られることを嫌がる 4. こだわりが強い 9. かんしゃくが強い 5. 周囲に関心がない 10. 大きな音を極端に嫌がる									
普段の生活で気になることはありますか？(例：言葉の発達に不安に思うことがある など) あり ・ ない									
家庭の事情、その他担任に連絡しておきたいことなどがありますか？ あり ・ ない									
※本調査票提出後に、大きな状況の変化があった場合にはあらためて提出いただくことがあります。									