


お子さんが保育所等での生活に慣れるための参考としますので、できるだけ具体的に記入していただき、**入所説明会に持参してください。**

子どもの姿（1～2歳児用）

年 月 日記入

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|--|---|-----|----|---|-----|---|-----|---|---|---|---|--|--|-----|--|-----|--|--|-----|--|-----|--|--|
| <p>児童氏名</p> | <p>利用決定施設名</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>生活のリズムと遊び</p> | <p>◆1日の平均的な過ごし方を記入してください</p> <p>食事：食 おやつ：お 睡眠時間：  (斜線)</p> <p>(記入例)</p> <table border="1" data-bbox="421 696 1246 831"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">7</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">12</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">8</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">9</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #cccccc;"></td> <td style="text-align: center;">(食)</td> <td></td> <td style="text-align: center;">(食)</td> <td></td> <td style="background-color: #cccccc;"></td> <td style="text-align: center;">(お)</td> <td></td> <td style="text-align: center;">(食)</td> <td></td> <td style="background-color: #cccccc;"></td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div> <p>◆テレビを見ている時間は何時間ぐらいですか 時間/日</p> <p>◆外遊びは何時間ぐらいしていますか 時間/日</p> <p>◆好きな遊びと遊具は何ですか </p> <p>◆近くに遊ぶともだちはいますか いる いない</p> | | | 7 | | 12 | 1 | | 3 | | 8 | 9 | | | (食) | | (食) | | | (お) | | (食) | | |
| | | 7 | | 12 | 1 | | 3 | | 8 | 9 | | | | | | | | | | | | | | |
| | (食) | | (食) | | | (お) | | (食) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>食べもの</p> | <p>◆食事の時間は決まっていますか はい いいえ</p> <p>◆食べることで気になることがありますか ない ある ()</p> <p>◆離乳食はいつ完了しましたか </p> <p>◆どんな食べものを好みますか </p> <p>◆食べる時の様子は スプーンを使う 手づかみ 食べさせる</p> <p style="padding-left: 100px;">すわる だっこ その他 ()</p> <p>◆おやつの回数は何回ですか 回/日</p> <p>◆哺乳びんは、いつまで使いましたか </p> <p>◆自分でコップを持って飲めますか はい いいえ</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|-----------------|--|
| 排泄 | ◆おしっこは ひとりでできる 教えるのでつれていく 時間をみてつれていく できない ⇒ (布おむつ 紙おむつ 紙パンツ) |
| ◆大便の状態は | 便秘しやすい 下痢ぎみ 硬い 普通 やわらかい |
| ◆大便の回数 |回/日 (朝・昼・夕・不定期) |
| 睡眠 | ◆ねつきはどうか よい わるい |
| ◆ねる時は | ひとりで寝る 添い寝 だっこ おんぶ おっぱいをのみなから うつぶせ あおむけ その他 () |
| ◆ねる時のくせがありますか | ない ある () |
| 発達 | ◆何かくせがありますか 指しゃぶり 爪かみ かんしゃく その他 () |
| ◆歩き始めたのはいつごろですか |才.....か月ごろ |
| 家庭の様子 | ◆今までに主に育ててきた人はどなたですか 母 父 祖母 祖父 その他 () |
| | ◆集団の経験 (保育所等) はありますか ない ある (施設名) (年 月頃~ 年 月頃まで) |
| | ◆どのような事に気をつけて育てていますか (健康・しつけ・食事など) |
| | ◆心配なこと、相談したいことがありましたら書いてください |

お子さんが保育所等での生活に慣れるための参考としますので、できるだけ具体的に記入していただき、

入所説明会に持参してください。

子どもの姿（全園児用）

年 月 日記入

| | | |
|----------------|------|-------|
| (ふりがな) 児童氏名 | 生年月日 | 年 月 日 |
|----------------|------|-------|

| | | |
|--------|-------------|--|
| 妊娠中の状況 | ◆就労していましたか | いいえ・はい ⇒ (常勤・パート・自営) |
| | ◆妊娠中の様子 | 正常・異常 ⇒ 強いつわり・妊娠中毒・貧血 糖尿・切迫流早産 その他 _____ |
| | ◆薬を飲みましたか | はい つわり止め・造血剤・流産予防薬 風邪薬・睡眠薬・その他 _____ |
| | | いいえ |
| | ◆たばこを吸いましたか | はい (1日 本) いいえ |
| | ◆お酒を飲みましたか | はい (1日 ml) いいえ |

| | | |
|-----------|---|--|
| 分娩・出生時の状況 | <胎位> 頭位・骨盤位・その他 _____ <分娩時> 正常・微弱陣痛・回胎異常・帝王切開 吸引分娩・鉗子分娩・前早期破水 臍帯捲格 その他 _____ <出生時> 正常・仮死・チアノーゼ けいれん・その他 _____ <処置> 保育器 _____ 日間・酸素吸入・強制栄養 交換輸血・蘇生術・その他 _____ | 体重 _____ g 身長 _____ cm 頭囲 _____ cm 胸囲 _____ cm _____ 週 (_____ か月) 出生場所 _____ <初乳> 飲ませた _____ 飲ませない _____ <黄だん> 普通 強い 弱い |
|-----------|---|--|

| | | |
|-------|-------|----------------------------|
| 健診・検査 | 4か月 | 異常なし・異常あり (_____)・受けていない |
| | 10か月 | 異常なし・異常あり (_____)・受けていない |
| | 1歳6か月 | 異常なし・異常あり (_____)・受けていない |
| | 3歳児 | 異常なし・異常あり (_____)・受けていない |
| | 先天異常 | 異常なし・異常あり (_____)・受けていない |

| | | | | | |
|---------|--------|-------|----|------|---|
| 発達歴について | 追視 | _____ | か月 | 様子 (|) |
| | 首のすわり | _____ | か月 | 様子 (|) |
| | 寝返り | _____ | か月 | 様子 (|) |
| | おすわり | _____ | か月 | 様子 (|) |
| | はいはい | _____ | か月 | 様子 (|) |
| | つかまり立ち | _____ | か月 | 様子 (|) |
| | 一人立ち | _____ | か月 | 様子 (|) |
| | 一人歩き | _____ | か月 | 様子 (|) |
| | 始語 | _____ | か月 | 様子 (|) |

| | | | | | |
|-----|---------------------------------------|--|--|--|--|
| 既往歴 | 肝炎・川崎病・ぜんそく・ヘルニア・肺炎・中耳炎・脱臼 (場所 _____) | | | | |
| | 心臓病 (病名 _____) 症状 (不整脈・肥大・雑音) | | | | |
| | その他 (_____) | | | | |

| | | | | | |
|--------|--|---|--|--|--|
| 健康について | あてはまる所に○をつけてください。 | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・ 顔色が悪い ・ 風邪をひきやすい ・ 発熱しやすい ・ 中耳炎を起こしたことがある ・ アレルギー体質である (食物 _____ その他 _____) ・ 近親者でアレルギーの人がいる (父・母・兄弟・姉妹・祖父母) その他 _____ | <ul style="list-style-type: none"> ・ 化膿しやすい ・ 肘を脱臼したことがある ・ 下痢をしやすい ・ 便秘をしやすい ・ ひきつけを起こしたことがある (_____ 歳頃 _____ 回) | | | |

| | |
|----------|--|
| その他・特記事項 | |
|----------|--|