中野市一時的保育児童調査票

※利用されるお子さんの状況をご記入ください。該当する部分に〇印をつけてください。

			記　入　日	令和　　年　　月　　日		
児　童　名	(ふりがな)		家庭での呼び名			
生 年 月 日	年　　月　　日	性　別	男　　女	年 齢	歳　　カ月	
持病、障がい	ない　　ある（名称　　）					

人 見 知 り	しない　　する（ 時々　　いつも ）	視　　線	合う　　合わない
首のすわり	すわっている　　すわっていない	寝　返　り	できる　　できない
お す わ り	できる　　できない	は い は い	できる　　できない
つかまり立ち	できる　　できない	つたい歩き	できる　　できない
ひ と り 立 ち	できる　　できない	ひとり歩き	できる　　できない
歩　き　方	ふつう　　転びやすい		
こ　と　ば	話す（ よく話す　　ふつう　　単語 ）　　話さない（ なん語　　何も言わない ）		
く　　せ	ない　　ある（ 指しゃぶり　　ハンカチ、毛布をかむ　　爪をかむ　　その他）		
動　　作	落ち着いている　　落ち着きがない　　あまり物事に関心を示さない		
好きなあそび	室内あそび（　　）　戸外あそび（　　）		
体　　質	平熱（　　.　　℃） ※症状の出やすいものに〇印をつけてください。 発熱しやすい　　吐きやすい（　　の時）　　ひきつけをおこす 脱臼しやすい（部分　　）　　下痢をしやすい　　便秘しやすい 中耳炎になりやすい　　熱性けいれん（　　.　℃で緊急連絡先に電話をする） 化膿しやすい　　アトピー性皮膚炎　　アレルギー疾患（　　） その他（　　）		
食物ｱﾚﾙｷﾞｰ	ない　　ある（食品名　　） ※「ある」の場合には、ご家庭から昼食と簡単なおやつを持参してください。		
離乳の完了	未　　進行中　　完了 ※「未」または「進行中」の場合には、必要に応じてご家庭から離乳食等を持参してください。		
ミ　ル　ク	育児用ミルク（1 回に飲む量　約　　ml）　　母乳　　混合		
牛　　乳	飲む（ コップ　　ストロー　　その他（　　））　　飲んだことがない		
食　べ　方	自分で食べる（ 箸　　スプーン　　フォーク　　手づかみ ）　　食べさせてもらう		
排　　便	【大便】　ひとりでできる　　できない（ おむつ　　トレーニング中 ） 【小便】　ひとりでできる　　できない（ おむつ　　トレーニング中 ）		
睡　　眠	昼寝をする（ ひとりで寝る　　添い寝　　おんぶ ）　昼寝はしない　　午前睡をする		
保育園への連絡事項等	※何かあればご記入ください。		