



幼児生活調査票

◆各欄に記入または○、☑をしてください。

令和 年 月 日 記入

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|------------------|------------|-------------|---------|---------|-----------|---------------|---|---|------|------|---------|-----|---------|
| 幼 児 | ふりがな | | | | 男 | 生 年 月 日 | | 入 園 一 所 の 前 の 発 育 状 況 | 主な養育者 | 父 | 母 | 祖父 | 祖母 | その他 () |
| | 氏 名 | | | | 女 | H・R 年 月 日 | | | 受診した健診 相 談 等 | 6ヶ月 | 12ヶ月 | 18ヶ月 | 3歳児 | 3、4ヶ月 |
| | 現 住 所 | 〒 鹿追町 | | | | Tel () | | | | 24ヶ月 | 30ヶ月 | その他 () | | |
| 保 護 者 | ふりがな | | | | 生年月日 | S・H 年 月 日 | | 食 事 及 び 食 間 | ①朝食・昼食・夕食 <input type="checkbox"/> 必ず食べる <input type="checkbox"/> 時々食べないことがある | | | | | |
| | 氏 名 | | | | 続 柄 | | | | ②【0歳児のみ】牛乳を飲んだことが <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない | | | | | |
| 家 庭 環 境 | 家 族 構 成 | 続柄 | ふりがな 氏 名 | 年 齢 | 同居・別居 | 勤務先・在学名等 | | | ③食べ物の好き嫌い <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 少しある <input type="checkbox"/> ない | | | | | |
| | | 父 | | | 同・別 | | | | ○好きな食べ物 () | | | | | |
| | | 母 | | | 同・別 | | | | ○嫌いな食べ物 () | | | | | |
| | | | | | 同・別 | | | | ④食べるとアレルギー体質で具合が悪くなる食品 ※入園時に詳細確認します () | | | | | |
| | | | | | 同・別 | | | | ⑤間食 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する (1日 回 <input type="checkbox"/> 時間を決めている <input type="checkbox"/> 決めていない) | | | | | |
| | | | | | 同・別 | | | | 今までに かかった病気 | | | | | |
| 住 宅 | 持ち家 | アパート・マンション | 官公舎・社宅 | その他 () | | | ○水ぼうそう 歳 | | | | | | | |
| ① 幼児の家庭での呼び名 | | | | | | | | ○アトピー性皮膚炎 歳 | | | | | | |
| ② 仲良しのお友達 | | | | | | | | ○流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 歳 | | | | | | |
| ③ 家庭でよく一緒に遊ぶ人 | | 兄弟姉妹 | 同年齢の友達 | 両親 | 一人遊びが多い | | | ○風しん 歳 | | | | | | |
| ④ 好きな遊び | | | | | | | | ○はしか 歳 | | | | | | |
| ⑤ 好きな絵本やTV番組 | | | | | | | | ○百日せき 歳 | | | | | | |
| ⑥ 以前に通っていたこども園、 保育園、サークルなど | | (名称) | | | | | | | ○虫菌のでき始め 歳 | | | | | |
| | | (期間) | 年 月より | 年 月まで | | | ○その他 歳 () | | | | | | | |
| | | | | | | | | 今までにした大きな怪我 | | | | | | |
| | | | | | | | | よくかかる病気や 今治療中の病気 | | | | | | |
| | | | | | | | | 常 用 薬 <input type="checkbox"/> 服用していない <input type="checkbox"/> 服用している (薬名:) | | | | | | |
| | | | | | | | | 予防接種 <input type="checkbox"/> BCG(結核) <input type="checkbox"/> 4種混合(ジフテリア、百日せき、破傷風、ポリオ) <input type="checkbox"/> MR(はしか、風しん) <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | |
| | | | | | | | | 睡 眠 ①寝る時刻 (時頃) <input type="checkbox"/> 1人で <input type="checkbox"/> 母と <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | |
| | | | | | | | | ②起きる時刻 (時頃) | | | | | | |
| | | | | | | | | 排 泄 ①大 便 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 決まっていない <input type="checkbox"/> 紙パンツ使用中 ②小 便 <input type="checkbox"/> 近い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 遠い <input type="checkbox"/> 布おむつ使用中 | | | | | | |

| | | | | |
|---------------------|---|---|-----------------------|---|
| 性格行動 | <input type="checkbox"/> 元気 <input type="checkbox"/> 積極的 <input type="checkbox"/> 明朗 <input type="checkbox"/> 物事に熱中する <input type="checkbox"/> 親切 <input type="checkbox"/> 優しい <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> 飽きっぽい <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> 泣きやすい <input type="checkbox"/> 大人しい <input type="checkbox"/> 神経質 <input type="checkbox"/> 乱暴 <input type="checkbox"/> よく喧嘩する <input type="checkbox"/> 内弁慶 <input type="checkbox"/> 人見知り <input type="checkbox"/> 消極的 <input type="checkbox"/> 友達ができにくい <input type="checkbox"/> 目が離せない [<input type="checkbox"/> 右利き・ <input type="checkbox"/> 左利き] <input type="checkbox"/> その他 () | | 経路図 |  |
| | ① 物を大切にしますか <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> しない ② 約束を守りますか <input type="checkbox"/> 守る <input type="checkbox"/> 時々守る <input type="checkbox"/> あまり守れない ③ 何でも聞きたがりますか <input type="checkbox"/> 聞く <input type="checkbox"/> 時々聞く <input type="checkbox"/> あまり聞かない ④ 後片付けはできますか <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> あまりできない ⑤ 衣服を自分で着脱できますか <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> あまりできない <input type="checkbox"/> できない ⑥ 挨拶ができますか <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> あまりできない ⑦ 返事ができますか <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> あまりできない ⑧ 食事は自分で食べられますか <input type="checkbox"/> 食べられる <input type="checkbox"/> まだ食べられない ⑨ 何を使って食べますか <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 手 ⑩ 食事にかかる時間はどれくらいですか 約 _____ 分 ⑪ 歯磨きはできますか <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> あまりできない ⑫ 小便是1人でできますか <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない () ⑬ 大便是1人でできますか <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない () ⑭ 自分で鼻はかめますか <input type="checkbox"/> かめる <input type="checkbox"/> あまりかめない <input type="checkbox"/> かめない ⑮ 自分の名前は読めますか <input type="checkbox"/> 読める <input type="checkbox"/> だいたい読める <input type="checkbox"/> 読めない ⑯ 友達と遊べますか <input type="checkbox"/> 遊べる <input type="checkbox"/> 時々遊べる <input type="checkbox"/> あまり遊ばない ⑰ 矯正したい癖などありますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある () | 1 自宅からこども園（保育所）までの経路図を描いて下さい。 2 道順は赤で記入してください。 3 おおよその距離と所要時間を記載してください。 4 地図のコピー貼付も可能です。 | | |
| 家庭での生活 ※2歳以上の場合は要記入 | ⑩ 首すわり (_____ か月) <input type="checkbox"/> 寝返り (_____ か月) ⑪ おすわり (_____ か月) <input type="checkbox"/> つかまり立ち (_____ か月) ⑫ はいはい (_____ か月) <input type="checkbox"/> 歩き始め (_____ か月) ⑬ 人見知り (_____ か月) <input type="checkbox"/> 後追い (_____ か月) ⑭ 言葉を話し始めた時期 (生後 _____ 歳 _____ か月位から) | | 発育の状況 | |
| | ⑮ どの子に育てたいですか。(教育方針など) | | どんな子に育てたいですか。(教育方針など) | |
| | ⑯ 子どもの園(保育所)への希望など | | こども園(保育所)への希望など | |
| | | | | |
| | | | | |