

# 生活環境調査表【表面】 (該当のところに または 記入してください。)

記入日：令和 年 月 日

フリガナ	生年月日/年齢			住所			連絡先			予防接種の記録 (母子手帳の該当ページを参考にしてください)								
児童氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 歳 ヶ月 (第 子) <input type="checkbox"/> 女 年 月 日						(父) - - (母) - -			ワクチンの種類			接種年月日					
同居家族の状況 (本人以外)	続柄	フリガナ / 氏名		生年月日/年齢	職業・学校・在籍園・健康状態		(勤務先名 / 住所 / 連絡先)			勤務時間 / 通勤時間 / 在宅勤務			BCG			年 月 日		
				年 月 日 ( 歳)	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 他		(勤務先) (住所) (連絡先) - -			(平日) ~ 在宅 (土曜) ~ <input type="checkbox"/> あり ※ 通勤時間 : 分 <input type="checkbox"/> なし			インフルエンザ菌b型 (Hib)			1回 年 月 日 2回 年 月 日 3回 年 月 日 4回 年 月 日		
				年 月 日 ( 歳)	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 他		(勤務先) (住所) (連絡先) - -			(平日) ~ 在宅 (土曜) ~ <input type="checkbox"/> あり ※ 通勤時間 : 分 <input type="checkbox"/> なし			小児肺炎球菌			1回 年 月 日 2回 年 月 日 3回 年 月 日 4回 年 月 日		
				年 月 日 ( 歳)	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 他		(備考)						B型肝炎 (HBV)			1回 年 月 日 2回 年 月 日 3回 年 月 日		
				年 月 日 ( 歳)	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 他								ロタウイルス □1価・□5価			1回 年 月 日 2回 年 月 日 3回 年 月 日		
				年 月 日 ( 歳)	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 他								ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ (DPT-IPV)			第1期 初回 1回 年 月 日 2回 年 月 日 3回 年 月 日 追加 年 月 日		
妊産中・出生時の記録・検査の記録 (母子手帳の該当ページを参考にしてください)				発達状態				過去の病気・ケガ・手術など ※時期も記載してください										
1 妊娠中：母の病気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )				● 首すわり ( 歳 ヶ月)														
2 妊娠期間 妊娠 ( 週 日 )				● 寝返り ( 歳 ヶ月)														
3 分娩方法 ( )				● お座り ( 歳 ヶ月)														
4 児の状況 体重( g ) 身長( cm ) 胸囲( cm ) 頭囲( cm )				● ハイハイ ( 歳 ヶ月)														
5 出生時の状態 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 仮死				● つかまり立ち ( 歳 ヶ月)														
<input type="checkbox"/> 酸素使用 <input type="checkbox"/> 保育器使用 <input type="checkbox"/> 黄疸(強い) <input type="checkbox"/> 光線療法				● ひとり歩き ( 歳 ヶ月)														
<input type="checkbox"/> その他 ( )				● 意味のある言葉の話し始め(ママ、プープ等) ( 歳 ヶ月)														
<input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査 右：□パス(正常) □リファア(再検査)				● 2語文(単語がつながる)の話し始め ( 歳 ヶ月)														
( 年 月 日実施)左：□パス(正常) □リファア(再検査)				● 歯が生えた時期 ( 歳 ヶ月)														
6 母の健康状態・既往歴 ( )				● 歯の本数 (上 本 / 下 本)														
乳幼児健康診査受診状況・発育記録 (母子手帳の該当ページを参考にしてください)				最近の健康状態				アレルギー・常備薬等										
健診日・健診結果		身長	体重	胸囲	頭囲	● 体温 平熱 . °C				● アレルギー(食物・ペット等)が								
1か月児		cm	g	cm	cm	● 下記に該当するものに☑を入れてください。				□ ある □ ない								
年 月 日 (理由等: )						<input type="checkbox"/> 熱をよくだす <input type="checkbox"/> じんましんがでる				下記に記入してください。								
3~4か月児		cm	g	cm	cm	<input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎がある				□卵 □牛乳 □大豆 □小麦								
年 月 日 (理由等: )						<input type="checkbox"/> ゼイゼイしやすい <input type="checkbox"/> 喘息がある				□その他 ( )								
6~7か月児		cm	g	cm	cm	(処方薬: )				□検査済 □検査なし								
年 月 日 (理由等: )						□ その他 ( )				□未受診 □保護者判断								
9~10か月児		cm	g	cm	cm	● ひきつけ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				● 常備薬が								
年 月 日 (理由等: )						□ てんかん □ けいれん				□ ある □ ない								
1歳6か月児		cm	g	cm	cm	● 下記に記入してください。				(処方薬: )								
年 月 日 (理由等: )						● 初回 ... 歳 ヶ月ごろ				● アナフィラキシーが起きた事が								
3歳児		cm	g	cm	cm	熱 ... <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり . °C				□ ある □ ない								
年 月 日 (理由等: )						● 最終 ... 歳 ヶ月ごろ (回数 回)				下記に記入してください。								
						● 与薬 ... <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (処方薬: )				● 初回 歳 ヶ月ごろ								
						● 血液型 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB				● 最終 歳 ヶ月ごろ								
						RH : <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -				かかりつけの病院								
										主治医など (主治医 - - )								
										主治医など (主治医 - - )								
										主治医など (TEL - - )								
										主治医など (TEL - - )								

裏面に  
続  
く

# 生活環境調査表【裏面】 (該当のところに ☑ または 記入してください。)

0・1歳児クラスのお子様 (右記下の通園経路図もご記入ください↓)													2歳児クラス以上のお子様																				
状況	睡眠	1	□ベッド・その他 ( )										3	寝付き □良い □悪い																			
		2	□添い寝 □おんぶ □抱っこ □一人で □その他 くせ等 (例えば、指しゃぶり・タオル等) ( )										4	寝起き □良い □悪い																			
状況	睡眠	5	□その他 寝ているときの状態(向き・いびき等) ( )										5	□その他 ( )																			
		排泄	排泄	1	おむつをしていますか □はい □いいえ □寝ているときだけ										1	おむつをしていますか (□はい □いいえ □寝ているときだけ) □とれたとき ( 歳 か月頃)																	
2	おむつは何を使っていますか 布 (□自 □貸) □紙おむつ										2	おむつは何を使っていますか 布 (□自 □貸) □紙おむつ																					
排泄	排泄	3	おむつは1日何回交換しますか ( 回)										3	おしっこ : □知らせない □知らせる □一人でできる □一人で拭ける (1日 回位 分おき)																			
		4	おまるを使用していますか (□いいえ □はい)										4	おしっこの間隔 □1時間 □1時間30分 □2時間 □2時間30分 □3時間以上																			
排泄	排泄	5	おしっこ : □知らせない □知らせる (□毎回 □時々) □その他 ( )										5	うんち : □知らせない □知らせる (□毎回 □時々) □その他 ( )																			
		6	うんち : □知らせない □知らせる (□毎回 □時々) □その他 ( ) 便の回数 ( 回) ・性状 (□硬い □普通 □軟らかい)										6	排泄時に変わったこと、気になることはないか □なし □あり ( )																			
排泄	排泄	7	排便のタイミング ( )										7	その状況はいつ頃から ( 歳 か月)																			
		7	トイレでしますか □いいえ □はい										7	その状況はいつ頃から ( 歳 か月)																			
生活	生活	1	□親と家庭にいた □親以外の ( ) に見てもらった										1	□親と家庭にいた □親以外の ( ) に見てもらった																			
		2	□公立保育園 □私立保育園 □その他 施設名 ( )										2	□公立保育園 □私立保育園 □その他 □幼稚園 施設名 ( )																			
生活	生活	3	□その他 ( )										3	□その他 ( )																			
		遊び	遊び	1	どんな遊びをしますか ( )										3	好きな玩具 ( )																	
2	お子さんと遊ぶ時間はありますか □ ある □ ない □ 時々ある										4	テレビ・録画番組は見ますか □はい □いいえ																					
遊び	遊び	3	合計視聴時間 □30分未満 □1時間未満 □2時間未満 □その他 ( )										5	合計視聴時間 □30分未満 □1時間未満 □2時間未満 □その他 ( )																			
		食事	食事	1	<b>哺乳瓶使用状況・ニップル(乳首)の種類</b> □ 使っている □ 使っていない メーカー ( ) サイズ: □丸穴S □丸穴M □丸穴L □Y字スリーカット □X字クロスカット										4	<b>食事中の様子</b> □ 食事にかかる時間 ( 分位) □ 口の中にためやすい □ のどにひっかかりやすい □ 吐きやすい □ よく噛めない □ まる飲み □ イスに着席できず、すぐに立ち上がってしまう □ その他 ( ) □ 特になし																	
2	<b>時間・内容</b> 朝食: 時 分頃 食欲 □あり □なし 昼食: 時 分頃 食欲 □あり □なし 夕食: 時 分頃 食欲 □あり □なし おやつ : 1日 回 食品 ( ) ミルク : 1日 回 1回量 ( ml) ミルクメーカー ( ) 離乳食 : 1日 回 □初期 □中期 □後期 母乳 : 1日 回										5	<b>食べづらい食べ物</b> □ ドロドロしたもの □ 固めのもの □ パサパサしたもの □ 酸っぱいもの □ 汁物 □ 特になし																					
食事	食事	3	<b>喫食状況</b> □ 大人が食べさせる □ 手づかみで食べる □ スプーンなど持ちたがる □ 自分でスプーンを口に運ぶ □ 座って食べる イスの種類: □ハイチェア □ローチェア □テーブルチェア □その他 ( ) □ポリウレタン製(柔らかい) □ その他 ( )										6	<b>偏食</b> □あり □なし 好きなもの ( ) 嫌いなもの ( )																			
		4	<b>食事ににかかる時間</b> □10分 □15分 □20分 □25分 □30分以上										5	<b>偏食</b> □あり □なし 好きなもの ( ) 嫌いなもの ( )																			
身のまわり	身のまわり	1	□ほとんど一人です □自分でしようとする □少しはする □できる事もある										1	□はつきりしている □わかりにくい □身近な人だけわかる																			
		2	□出来るがやってもらいたがる										2	名前が いえる □はい □いいえ ( 歳 か月頃~)																			
身のまわり	身のまわり	3	□大人がやってしまう										3	その他 ( )																			
		4	□出来ない										3	その他 ( )																			
言語	言語	1	□出来るがやってもらいたがる										1	□はつきりしている □わかりにくい □身近な人だけわかる																			
		2	□大人がやってしまう										2	名前が いえる □はい □いいえ ( 歳 か月頃~)																			
言語	言語	3	□出来ない										3	その他 ( )																			
		通 園 経 路 図																															
※ 0~5歳児 全てのお子 様にご記入 ください。		時間	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24						
		(例)	→	睡眠	→					起床	食事	遊び				おやつ	昼寝				遊び				食事	入浴	ミルク	睡眠	→				
		一日の流れ																															
地域の環境		住居 □一戸建て □マンション等 ( 階) □その他 近隣環境 □静かな場所 □人通りが多い □騒がしい 遊び場 □ある( ) □ない																															
		家庭での教育方針																															