

生活環境調査表【表面】

(【表・うら】必要事項を記入し、母子手帳の該当ページを参考にして記入してください。) 記入日：

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 (◆コピーの添付時は記入不要)										
児童氏名 (第 子)			<input type="checkbox"/> 男	年 月 日		(父) (母)		- - -		ワクチンの種類		接種年月日							
			<input type="checkbox"/> 女	歳	ヶ月											BCG		年 月 日	
同居家族の状況 (本人以外)	フリガナ / 氏名			生年月日/年齢	職業・学校・在籍団・健康状態		(勤務先名 / 住 所 / 電話番号)		勤務時間/通勤時間	在宅勤務/家→園の送迎時間	小児肺炎球菌 B型肝炎(HBV) ロタウイルス □1価・□5価 (どちらかに□) □五種混合 □四種混合 (どちらかに□) インフルエンザ菌b型(Hib) 麻しん・風しん(MR) 水痘 日本脳炎 おたふくかぜ (任意) インフルエンザ (任意・直近のもの)		1回	年 月 日					
				年 月 日	年 月 (歳)		【勤務先】 【住 所】 【電 話】 □健康 □他		【平日】 【土曜】 【通勤時間】 分	□あり □なし			2回	年 月 日					
				年 月 日	年 月 (歳)		【勤務先】 【住 所】 【電 話】 □健康 □他		【平日】 【土曜】 【通勤時間】 分	※【送迎時間】 分			3回	年 月 日					
				年 月 日	年 月 (歳)		(備考)		【送迎時間】 買い物・寄り道含まない。				4回	年 月 日					
				年 月 日	年 月 (歳)		□健康 □他						1回	年 月 日					
				年 月 日	年 月 (歳)		□健康 □他						2回	年 月 日					
				年 月 日	年 月 (歳)		□健康 □他						3回	年 月 日					
				年 月 日	年 月 (歳)		□健康 □他						第1期初回	年 月 日					
				年 月 日	年 月 (歳)		□健康 □他						第1期追加	年 月 日					
				年 月 日	年 月 (歳)		□健康 □他						1回	年 月 日					
※ 6人目以降は右記の備考欄にご記入ください。→																			
妊娠中・出生時の記録・検査の記録					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 母の健康状態・既往歴 () 2 妊娠中:母の病気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 3 妊娠期間 妊娠 (週 日) 4 分娩方法 () 5 児の状況 体重(g) 身長(cm) 胸囲(cm) 頭囲(cm) 6 出生時の状態 <input type="checkbox"/> 异常なし <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 仮死 <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 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査 右:□バス(正常) <input type="checkbox"/> リファー(再検査) (年 月 日実施 左:□バス(正常) <input type="checkbox"/> リファー(再検査))					● 首すわり (歳 ケ月) ● 寝返り (歳 ケ月) ● お座り (歳 ケ月) ● ハイハイ (歳 ケ月) ● つかまり立ち (歳 ケ月) ● ひとり歩き (歳 ケ月) ● 意味のある言葉の話し始め (歳 ケ月) ● 2 語文の話し始め (歳 ケ月) ● 歯が生えた時期 (歳 ケ月) ● 歯の本数 (上 本 / 下 本)			● 食物アレルギー等・常備薬・宗教上の食材制限 ● 下記に該当するものに□を入れてください。 □ 熱をよくだす □ じんましんがでる □ 風邪をひきやすい □ アトピー性皮膚炎がある □ ゼイゼイしやすい □ 哮息がある (处方薬 :) □ その他 () ● ひきつけ □ あり □ なし □ てんかん □ けいれん • 初回 歳 ケ月ごろ 熱 □ なし □ あり . °C • 最終 歳 ケ月ごろ (回数 回) • 与薬 □ なし □ あり(処方薬 :) ● ある (下記に□する □ ない) □ 卵 □ 牛乳 □ 大豆 □ 小麦 □ その他 () □ 検査済 □ 検査なし □ 未受診 □ 保護者判断 ● アナフィラキシーが起きたことが □ ある □ ない ● 常備薬が □ ある □ ない (処方薬 :) ● 宗教上制限したい食材を記入してください。 ()					1回	年 月 日					
																		2回	年 月 日
																		3回	年 月 日
																		第1期	年 月 日
																		第2期	年 月 日
																		1回	年 月 日
																		2回	年 月 日
																		第1期初回	年 月 日
																		第1期追加	年 月 日
																		1回	年 月 日
													2回	年 月 日					
													3回	年 月 日					
													4回	年 月 日					
													第1期	年 月 日					
													第2期	年 月 日					
													1回	年 月 日					
													2回	年 月 日					
													日本脳炎	年 月 日					
													1回	年 月 日					
													2回	年 月 日					
													第1期追加	年 月 日					
													1回	年 月 日					
													2回	年 月 日					
													インフルエンザ	年 月 日					
													1回	年 月 日					
													2回	年 月 日					
													おたふくかぜ	年 月 日					
													1回	年 月 日					
													2回	年 月 日					
													麻しん	年 月 日					
													風しん	年 月 日					
													水痘	年 月 日					
													日本脳炎	年 月 日					
													おたふくかぜ	年 月 日					
													インフルエンザ	年 月 日					
													(任意)	年 月 日					
													(直近のもの)	年 月 日					
													その他 ()	年 月 日					
乳幼児健康診査受診状況・発育記録 (◆コピーの添付時は記入不要)					お子様の健康状態			食物アレルギー等・常備薬・宗教上の食材制限					感染症の既往歴						
健診日・健診結果					身 長	体 重	胸 囲	頭 囲						水 痘	年 月 日				
1か月児					<input type="checkbox"/> 健 康	<input type="checkbox"/> 未受診	cm	g	cm	cm						麻しん	年 月 日		
年 月 日 (理由等:)															(歳 ケ月)	(歳 ケ月)			
3~4か月児					<input type="checkbox"/> 健 康	<input type="checkbox"/> 未受診	cm	g	cm	cm						おたふくかぜ	年 月 日		
年 月 日 (理由等:)															(歳 ケ月)	(歳 ケ月)			
6~7か月児					<input type="checkbox"/> 健 康	<input type="checkbox"/> 未受診	cm	g	cm	cm						かかりつけ病院名・療育機関名	(主治医及び担当者名、職種等)		
年 月 日 (理由等:)															【病院名】		(主治医)		
9~10か月児					<input type="checkbox"/> 健 康	<input type="checkbox"/> 未受診	cm	g	cm	cm						【電話】			
年 月 日 (理由等:)															【療育機関名】		(担当者)		
1歳6か月児					<input type="checkbox"/> 健 康	<input type="checkbox"/> 未受診	cm	g	cm	cm						【電話】		(職種)	
年 月 日 (理由等:)															【保護者が心配なことあれば自由に記入してください。】				
3歳児					<input type="checkbox"/> 健 康	<input type="checkbox"/> 未受診	cm	g	cm	cm						ウラ面に続く			
年 月 日 (理由等:)																			

生活環境調査表【うら面】(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	1 □ベッド・その他 ()						3 寝付き □良い □悪い						1 添い寝 □している □していない															
	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						2 お昼寝 □している 時 分 ~ 時 分頃まで □していない															
排泄	5 その他 寝ているときの状態(向き・いびき等) ()												3 起床 (時 分頃) 寝起き (□良い □悪い)															
	1 おむつをしていますか □はい □いいえ □寝ているときだけ						4 就寝 (時 分頃) 寝付き (□良い □悪い)						5 くせ □指しゃぶり □タオル □その他 ()															
	2 おむつは何を使っていますか 布 (□自 □貸) □紙おむつ						3 おしつこ : □知らせない □知らせる (□毎回 □時々) □その他 ()						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 (年 か月頃)															
	3 おむつは1日何回交換しますか (回)						4 うんち : □知らせない □知らせる (□毎回 □時々) □その他 ()						2 おむつは何を使っていますか 布 (□自 □貸) □紙おむつ															
	5 おまるを使用していますか (□いいえ □はい)						5 便の回数 (回) ・性状 (□硬い □普通 □軟らかい)						3 おしつこ : □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)															
	6 うんち : □知らせない □知らせる (□毎回 □時々) □その他 ()						6 排便のタイミング ()						4 うんち : □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)															
	7 トイレでしますか □いいえ □はい												5 その状況はいつ頃から (年 か月)															
													5 排泄時に変わったこと、気になることはないか □なし □あり															
の今生ま活で	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 ()																					
	3 その他 ()						3 その他 ()																					
あそび	1 どんな遊びをしますか ()						3 好きな玩具 ()						1 好きな遊び ()															
	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						2 いつも遊ぶ所 ()						5 好きな玩具 ()									
							5 合計視聴時間 □30分未満 □1時間未満 □2時間未満 □その他 ()						3 □遊び友達がいない (□大人と遊ぶ □一人で遊ぶ) □いつも遊ぶ友達 ()						6 テレビ・録画番組は見ますか □はい □いいえ									
食事	1 哺乳瓶使用状況・ニップル(乳首)の種類 □ 使っている □ 使ってない 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 食事中の様子 □ 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 ()						4 好きな遊び ()						7 合計視聴時間 □1時間未満 □2時間未満 □2時間以上									
	2 時間・内容 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 苦手な食べ物 □ 特になし □ 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						1 食べ方 □自分で食べる □大人が食べさせている □ フォーク・スプーンを使っている □ はしを使っている						3 食事にかかる時間・時間管理 () 分 30分以上かかる時の理由 () 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 ()									
	3 喫食状況 □ 手づかみで食べる □ 大人が食べさせる □ 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 偏食 □あり □なし 好きなもの () 嫌いなもの ()						2 偏食 □あり □なし 好きなもの () 嫌いのもの ()						4 出来るがやってもらいたがる □大人がやってしまう □出来ない									
													1 □ほとんど一人でする □自分でしようとする □少しばかれる □できる事もある						5 通園経路図(自宅→保育園までの地図) mapの添付可									
													2 □出来るがやってもらいたがる □大人がやってしまう □出来ない						6 通園経路図(自宅→保育園までの地図) mapの添付可									
													3 □言語はつきりしている □言語わかりにくい □身近な人だけわかる 名前がいえる □はい □いいえ (年 か月頃 ~)						7 通園経路図(自宅→保育園までの地図) mapの添付可									
													4 □視線が合う □簡単な指示を理解して行動できる □約束やルールを守って遊べる □落ち着かなく動き回ったりする						8 通園経路図(自宅→保育園までの地図) mapの添付可									
	※0~5歳児全てのお子様がご記入ください。	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							起	食	遊	お	寝	寝	遊	食	入	ミ	睡							
一日の流れ																												