

# 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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 （第 子）		年 月 日 歳 ヶ月				（父） - - （母） - -		ワクチンの種類		接種年月日										
									BCG		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 / 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	1回	年 月 日										
			年 月 日 ( 歳)	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 他	【勤務先】 【住 所】 【電 話】		【平日】 【土曜】 【通勤時間】 分 ※【送迎時間】 分	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		2回	年 月 日										
			年 月 日 ( 歳)	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 他	【勤務先】 【住 所】 【電 話】		【平日】 【土曜】 【通勤時間】 分 ※【送迎時間】 分	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		3回	年 月 日										
			年 月 日 ( 歳)	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 他						4回	年 月 日										
			年 月 日 ( 歳)	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 他	（ 備考 ）		【送迎時間】 買い物・寄り道含まない。		B型肝炎 (HBV)	1回	年 月 日										
			年 月 日 ( 歳)	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 他						2回	年 月 日										
			年 月 日 ( 歳)	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 他						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 (どちらかに☑)	1回	年 月 日									
			年 月 日 ( 歳)	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 他						□ 五種混合 □ 四種混合 (どちらかに☑)	第1期 初回	1回	年 月 日								
			年 月 日 ( 歳)	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 他						第1期追加	2回	年 月 日									
		年 月 日 ( 歳)	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 他						3回	年 月 日											
※ 6人目以降は右記の備考欄にご記入ください。→										第1期追加	4回	年 月 日									
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"/> 異常なし <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：□パス(正常) □リファア(再検査) ( 年 月 日実施 左：□パス(正常) □リファア(再検査)					● 首すわり ( 歳 ヶ月) ● 寝返り ( 歳 ヶ月) ● お座り ( 歳 ヶ月) ● ハイハイ ( 歳 ヶ月) ● つかまり立ち ( 歳 ヶ月) ● ひとり歩き ( 歳 ヶ月) ● 意味のある言葉の話し始め ( 歳 ヶ月) ● 2語文の話し始め ( 歳 ヶ月) ● 歯が生えた時期 ( 歳 ヶ月) ● 歯の本数 (上 本 / 下 本)																
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		その他 ( )												
健診日・健診結果		身 長	体 重	胸 囲	頭 囲	● 体 温 平熱 . °C ● 下記に該当するものに☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 熱をよくだす <input type="checkbox"/> じんましんがでる <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 <input type="checkbox"/> ゼイゼイしやすい <input type="checkbox"/> 喘息がある ( 処方薬： ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		● 食物アレルギー等が <input type="checkbox"/> ある (下記に☑する <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 検査済 <input type="checkbox"/> 検査なし <input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 保護者判断 ● アナフィラキシーが起きたことが <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ↓ 下記に記入してください。 ・ 初回 歳 ヶ月ごろ ・ 最終 歳 ヶ月ごろ ● 常備薬が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ( 処方薬： ) ● 宗教上制限したい食材を記入してください。 ( )		感染症の既往歴 <table border="1"> <tr> <td>水 痘</td> <td>年 月 日 ( 歳 ヶ月)</td> <td>麻しん</td> <td>年 月 日 ( 歳 ヶ月)</td> </tr> <tr> <td>おたふくかぜ</td> <td>年 月 日 ( 歳 ヶ月)</td> <td>風しん</td> <td>年 月 日 ( 歳 ヶ月)</td> </tr> </table>				水 痘	年 月 日 ( 歳 ヶ月)	麻しん	年 月 日 ( 歳 ヶ月)	おたふくかぜ	年 月 日 ( 歳 ヶ月)	風しん	年 月 日 ( 歳 ヶ月)
水 痘	年 月 日 ( 歳 ヶ月)	麻しん	年 月 日 ( 歳 ヶ月)																		
おたふくかぜ	年 月 日 ( 歳 ヶ月)	風しん	年 月 日 ( 歳 ヶ月)																		
1か月児		cm	g	cm	cm	● ひきつけ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ↓ 下記に記入してください。 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> けいれん ・ 初回 歳 ヶ月ごろ 熱 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり . °C ・ 最終 歳 ヶ月ごろ (回数 回) ・ 与薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(処方薬： )				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) 【病院名】 (主治医 ) 【電話】 【療育機関名】 (担当者 ) ( 職種 ) 【電話】											
3～4か月児		cm	g	cm	cm																
6～7か月児		cm	g	cm	cm																
9～10か月児		cm	g	cm	cm																
1歳6か月児		cm	g	cm	cm																
3歳児		cm	g	cm	cm	【保護者が心配なことあれば自由に記入してください。】				ウラ面に続く											

**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	睡眠の	1 □ベッド・その他（ ） 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）（ ） 3 寝付き □良い □悪い 4 寝起き □良い □悪い 5 その他 寝ているときの状態(向き・いびき等）（ ）												1 添い寝 □している □していない 2 お昼寝 □している 時 分 ～ 時 分頃まで □していない 3 起床 （ 時 分頃） 寝起き（□良い □悪い） 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（ ）																																			
		1 おむつをしていますか □はい □いいえ □寝ているときだけ 2 おむつは何を使っていますか 布（□自 □貸） □紙おむつ 3 おむつは1日何回交換しますか （ 回） 4 おまるを使用していますか（□いいえ □はい） 5 おしっこ： □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） 排便のタイミング（ ） 7 トイレでしますか □いいえ □はい												1 おむつをしていますか（□はい □いいえ □寝ているときだけ） □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 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 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） その状況はいつ頃から（ 歳 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																																			
生活	今	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（ ） 3 その他（ ）												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 □幼稚園 施設名（ ） 3 その他（ ）																																			
		1 どんな遊びをしますか（ ） 2 お子さんと遊ぶ時間はありますか □ ある □ ない □ 時々ある 3 好きな玩具（ ） 4 テレビ・録画番組は見ますか □はい □いいえ 5 合計視聴時間 □30分未満 □1時間未満 □2時間未満 □その他（ ）												1 □家庭で遊ぶ（□同年齢 □年上 □年下 □兄弟姉妹） 2 いつも遊ぶ所（ ） 3 □遊び友達がいない（□大人と遊ぶ □一人で遊ぶ） 4 □いつも遊ぶ友達（ ） 5 □あまり友達と遊ばない 6 好きな遊び（ ） 7 好きな玩具（ ） 8 テレビ・録画番組は見ますか □はい □いいえ 9 合計視聴時間 □1時間未満 □2時間未満 □2時間以上																																			
食事	食	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 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 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（ ）												4 食事の様子 □ 食事にかかる時間（ 分位） □ 口の中にためやすい □ のどにひっきりやすい □ 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（ ） 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 6 偏食 □あり □なし 好きなもの（ ） 嫌いなもの（ ）																																			
		1 □ほとんど一人でする □自分でしようとする □少しはする □できる事もある 2 □出来るがやってもらいたがる 3 □大人がやってしまう 4 □出来ない 身 の ま わ り 1 □言語ははっきりしている □言語わりにくい □身近な人だけわかる 2 名前がわかる □はい □いいえ（ 歳 か月頃～） 3 □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 言 語 ・ 社 会 性												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（ ）																																			
※ 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																										通 園 経 路 図（自宅→保育園までの地図） mapの添付可																							
																										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																							