

# 子どもの状況調査

児童名	ハピネス 花子 ( 〇 ) 歳		
記入年月日	令和 〇年 〇月 〇日	平熱	〇度 〇分

※あてはまるものすべてに〇をつけてください

食事	食欲	・ある <input checked="" type="checkbox"/> ぶつう <input checked="" type="checkbox"/> ・ない
	好き嫌い	・ない <input checked="" type="checkbox"/> ・ある ( <input checked="" type="checkbox"/> 野菜・魚 <input type="checkbox"/> )
	朝食	・ <input type="checkbox"/> 時 <input type="checkbox"/> 分頃 ・ 誰と ( <input checked="" type="checkbox"/> 父・母 <input type="checkbox"/> )
	食物アレルギー	・ <input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ・ ある ( <input type="checkbox"/> )
睡眠	睡眠時間	・ねる時間 ( <input type="checkbox"/> 時 <input type="checkbox"/> 頃) ・起きる時間( <input type="checkbox"/> 時 <input type="checkbox"/> 頃)
	昼寝	・ <input checked="" type="checkbox"/> する ( <input type="checkbox"/> 時 <input type="checkbox"/> ~ <input type="checkbox"/> 時まで) ・ <input type="checkbox"/> しない
	くせ	・ <input checked="" type="checkbox"/> ある (例 <input checked="" type="checkbox"/> 指しゃぶり ・タオルを持つなど <input checked="" type="checkbox"/> 指しゃぶり <input type="checkbox"/> ) ・ <input type="checkbox"/> ない
	一緒に寝る人	・ <input checked="" type="checkbox"/> 父 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 母 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 祖父母 ・ <input type="checkbox"/> その他 ( <input type="checkbox"/> ) ・ <input type="checkbox"/> 一人で寝る
排泄	トイレトレーニング	・ <input type="checkbox"/> している <input checked="" type="checkbox"/> ・ <input checked="" type="checkbox"/> していない
	大便	・ <input type="checkbox"/> 一人でできる <input checked="" type="checkbox"/> ・ <input checked="" type="checkbox"/> できない ( <input type="checkbox"/> ・ <input checked="" type="checkbox"/> 教える <input checked="" type="checkbox"/> おしえない <input type="checkbox"/> )
	小便	・ <input type="checkbox"/> 一人でできる <input checked="" type="checkbox"/> ・ <input checked="" type="checkbox"/> できない ( <input type="checkbox"/> ・ <input checked="" type="checkbox"/> 教える <input checked="" type="checkbox"/> おしえない <input type="checkbox"/> )
着脱	上着	・ <input checked="" type="checkbox"/> 介助で脱げる <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> 一人で脱げる <input checked="" type="checkbox"/> 介助で着れる <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> 一人で着れる
	ズボン・パンツ	・ <input type="checkbox"/> 介助で脱げる <input checked="" type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> 一人で脱げる <input checked="" type="checkbox"/> 介助で着れる <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> 一人で着れる
	くつした	・ <input checked="" type="checkbox"/> 脱げる <input type="checkbox"/> ・ <input checked="" type="checkbox"/> 介助で履ける <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> 一人で履ける
	靴	・ <input checked="" type="checkbox"/> 介助で脱げる <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> 一人で脱げる <input checked="" type="checkbox"/> 介助で履ける <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> 一人で履ける
ことば	<input checked="" type="checkbox"/> よく話す <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> あまりはなさない <input checked="" type="checkbox"/> 喃語 <input checked="" type="checkbox"/> ・ <input checked="" type="checkbox"/> ゆびさし <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> 単語で伝える <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> 一語文 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> 二語文 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> 簡単な会話ができる	
遊び	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> いつもどんな遊びをしていますか ( <input checked="" type="checkbox"/> お人形・ブロック・絵本・公園 <input type="checkbox"/> ) <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> だれとあそびますか ( <input checked="" type="checkbox"/> 父・母・姉・祖母・親戚の子ども <input type="checkbox"/> ) <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> 好きなあそびは ( <input checked="" type="checkbox"/> 絵本を読むこと <input type="checkbox"/> )	
1. どんな子どもに育てたいですか？ (具体的にどんなことに気をつけていますか) <input checked="" type="checkbox"/> 優しい気持ちを持てる子になってほしい <input checked="" type="checkbox"/> あいさつやありがとうなど感謝の気持ちを表すことを家族で心がけています		
2. 保育園・担任へ連絡しておきたいこと <input checked="" type="checkbox"/> 毎日笑顔で過ごせるような環境を作ってほしい <input checked="" type="checkbox"/> 鼻血が出やすいです (鼻炎によるもの)		
3. 市の定期健診を受けましたか？ <input checked="" type="checkbox"/> ・ 乳児健康診査 ( <input checked="" type="checkbox"/> 2か月児 <input type="checkbox"/> 4~5か月児、 <input type="checkbox"/> 8~9か月児 ) <input checked="" type="checkbox"/> ・ 1歳6か月児健康診査 <input type="checkbox"/> ・ 2歳6か月児歯科健康診査 <input type="checkbox"/> ・ 3歳児健康診査 <input type="checkbox"/> その他 ( <input type="checkbox"/> ) <input type="checkbox"/> ・ 指導を受けたことがあればご記入ください		
4. ご家庭で喫煙している人はいますか <input checked="" type="checkbox"/> ・ <input checked="" type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/> いる 父 母 祖父 祖母 その他		
5. 家庭環境(家庭での様子) (例) 病人がいる、父が不在がち… <input checked="" type="checkbox"/> 姉と遊んでいることが多いが、おもちゃの取り合いで姉妹喧嘩をすることがある		
6. 集団保育の経験 <input type="checkbox"/> ( <input checked="" type="checkbox"/> 前野 ) 保育園 ( 令和 〇年 〇月 ~ 令和 〇年 〇月 )		