

園 児 表

入園日: 令和 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	年齢
園児氏名		男・女	H・R 年 月 日	歳 ヶ月

健康 ・ 発達の状況について

次の項目はそれぞれいつ頃からですか	食事について
○ 首がすわる ()ヶ月	○ ミルクの量 ()回 ()時 ()時 ()時
○ あやすと笑う ()ヶ月	○ 離乳食 ()回 ()時 ()時 ()時
○ 寝返り ()ヶ月	○ 食事の量 (多い ・ 普通 ・ 少ない)
○ お座り ()ヶ月	○ アレルギー (ある ・ ない)
○ 這う ()ヶ月	↳ [原因・状況]
○ つかまり立ち ()ヶ月	現在の授乳状況
○ 歩く ()ヶ月	母乳 ・ 混合 ・ 人工 ・ 卒乳済
○ 離乳食 ()ヶ月	・ 喃語(あーあ)程度 ・ 単語
○ 話はじめ ()歳()ヶ月	・ 二語文 ・ 会話のやり取りができる

定期検診を受けていますか (はい ・ いいえ) 平熱 (°C)

定期検診で指摘を受けたことはありますか (はい ・ いいえ)
 ↳ 「はい」の場合、指摘事項を詳しくご記入下さい。
 []

視力・聴力が気になって受診をしたことがありますか
 視力 (はい ・ いいえ)
 聴力 (はい ・ いいえ)

かかりやすい病気などがありますか (はい ・ いいえ)
 ↳ 「はい」の場合 ・ 熱が出やすい ・ 風邪をひきやすい ・ 下痢をしやすい
 ・ 脱臼しやすい ・ その他()

「けいれん」や「ひきつけ」を起こしたことがありますか (はい ・ いいえ)
 ↳ 「はい」の場合
 ・ 回数 ()回
 ・ 原因 …… 熱 °Cが出た時に起こる ・ 熱が出なくても起こる ・ 泣いた時に起こる

<input type="checkbox"/> 現在薬の服用はありますか (はい ・ いいえ) 薬名 () いつから飲んでいますか (年 月)	<input type="checkbox"/> 大きな病気や入院をしたことはありますか (はい ・ いいえ) 病名()
--	---

<input type="checkbox"/> 兄弟の有無 () ……()歳	<input type="checkbox"/> 好きな遊び・玩具
---	-----------------------------------

<特に注意したいこと等あればご記入下さい>

