

# 児 童 票

記入日：令和 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	年齢
児童氏名		男・女	R 年 月 日	歳 ヶ月
家族構成	住所			
	電話番号			
父	氏名	( 年 月 日生)	勤務先名	
	携帯番号		勤務先住所	
母	氏名	( 年 月 日生)	勤務先名	
	携帯番号		勤務先住所	
<b>お子様の家庭での様子（該当箇所には☑とその他必要事項の記入をお願いします）</b>				
食 事 ・ ミ ル ク	* ミルク <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む 1日 回（1回の量 ml）			
	* 離乳食・食事 <input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 完了 <input type="checkbox"/> 幼児食（1日 食）			
	* 食事の量 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 少ない			
	* 好きな食べ物( ) * 苦手な食べ物( )			
	* 手づかみで食べますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	* スプーンを使って食べますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	* ストローを使って飲むことができますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	* コップで飲むことができますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
睡 眠	* 昼寝 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> しない			
	* 寝つき <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 悪い			
	* 添い寝 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> しない			
言 葉 ・ 発 達	<input type="checkbox"/> 首がすわっている <input type="checkbox"/> 1人で座れる <input type="checkbox"/> ハイハイができる			
	<input type="checkbox"/> つかまり立ちができる <input type="checkbox"/> 伝い歩きができる <input type="checkbox"/> 1人で歩ける			
	<input type="checkbox"/> 歩けるが転びやすい <input type="checkbox"/> 走ることができる <input type="checkbox"/> 単語を話せる(ママ、ブーブー等)			
	<input type="checkbox"/> 簡単な言葉がわかる(おいで、ちょうだい等) <input type="checkbox"/> 2語文を話せる(ワンワンきた等)			
	<input type="checkbox"/> バイバイ、こんにちは等の身振りができる <input type="checkbox"/> 人見知りをする			
	* 人をたたいたり噛み付く <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ひんぱんに			
遊 び	* 遊ぶ相手 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 年齢の近いお友達 <input type="checkbox"/> 大人 <input type="checkbox"/> 1人で遊ぶ			
	* 好きな遊び ( )			
健 診 状 況	<input type="checkbox"/> 3・4ヶ月健診 <input type="checkbox"/> 10ヶ月健診 <input type="checkbox"/> 1歳半健診			
	* 健診の結果指導事項等 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
	* ありの場合その内容と現在の経過について ( )			
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )			
熱性けいれんの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [ 回 ] ( 歳 ヶ月 頃 ) ありの場合ご両親の子どもの頃の熱性けいれん <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(父・母)			
備考(その他入園にあたり生活・食事・発達等について気になる事がありましたらお書きください)				