

児童調査書0歳児

令和8年度用

お子様の生活状況を把握するために行う調査です。該当するところに○または記載をお願いします。

ふりがな			性別		生年月日	令和	年	月	日	
児童名					ふりがな	父	母			
住所	北名古屋市				保護者名					
連絡先	自宅 無・有		携帯番号	父	母					
○ 希望施設 () ○ 家庭以外の保育歴 無 ・ 有 () ○ 保育時間： 午前 時 分～ 午後 時 分 ○ 土曜日保育： 無 ・ 有 ○ 父 就労時間： 午前 時 分～ 午後 時 分 (土) 午前 時 分～ 午後 時 分 ○ 母 就労時間： 午前 時 分～ 午後 時 分 (土) 午前 時 分～ 午後 時 分										
出生体重		g		出産週		週		現在の体重		g
定期健康診断	4か月児健康診断		未受診・受診 (受診結果・助言)							
	10か月児健康診断		未受診・受診 (受診結果・助言)							
	定期健康診断結果について、保健センターに問い合わせることに同意します。 同意の方は署名をお願いします 署名									
健康	視力 異常 無 ・ 有		聴力 異常 無 ・ 有							
	ひきつけ 無 ・ 有 (回・ 最後 年 月頃)		脱臼 無 ・ 有 (回・ 最後 年 月頃)		部位：肘・肩・手首					
健康	アレルギー 無 ・ 有 (食物： 環境：)									
	心臓疾患 無 ・ 有									
	既往症 ()									
注意すること ()										
1	首はすわっていますか				はい (か月ごろ)		いいえ			
2	寝返りをしますか				はい (か月ごろ)		いいえ			
3	ひとりですわることはできますか				はい (か月ごろ)		いいえ			
4	つかまって立ち上がることができますか				はい (か月ごろ)		いいえ			
5	意味のある言葉を話しますか (例マンマ・ブーブ)				はい (か月ごろ)		いいえ			
6	あやすと笑いますか				はい		いいえ			
7	物をつかむことができますか				はい		いいえ			
8	手に持った玩具をひっぱると抵抗しますか				はい		いいえ			
9	動いているものを目で追いかけますか				はい		いいえ			
10	大きな音がする方に振り向きますか				はい		いいえ			
お子さんのことで、心配なこと気になることはありますか (有の方は記入してください)							無 ・ 有			
発達や慢性の病気のこと、相談している病院や施設はありますか (有の方は記入してください)							無 ・ 有			
園記入										

面接日：令和 年 月 日 面接者名：

再面無 ・ 再面有