児童調査書４・５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。該当するところに〇または記載をお願いします。

ふりがな 児童名		性別		生年月日	平成・令和 年　月　日	
住　所	北名古屋市			ふりがな 保護者名	父	母
連絡先	自宅　無・有	携帯番号	父　　母			

〇 希望施設　（　　）　〇 家庭以外の保育歴　無　・　有（　　）

〇 保育時間：　午前　　時　　分～　午後　　時　　分　　〇 土曜日保育：　無　・　有

〇 父　就労時間：午前　　時　　分～　午後　　時　　分（土）午前　　時　　分～　午後　　時　　分

〇 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　　・　　kg

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　　）
	１歳６か月児健康診断	未受診・受診（受診結果・助言　　）
	３歳児健康診断	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
	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	片足で立つことができますか	はい	いいえ
2	両足をそろえて前にジャンプすることができますか	はい	いいえ
3	箸やスプーンを使い一人で食事をすることができますか	はい	いいえ
4	服を脱いだり着たりすることができますか	はい	いいえ
5	経験したことや話したいことを話すことができますか	はい	いいえ
6	色（赤・青・白・緑等）が分かりますか	はい	いいえ
7	排尿・排便が一人でできますか	はい	いいえ
8	ボタンをとめることができますか	はい	いいえ
9	同年代の子どもとあそぶことができますか	はい	いいえ
10	ある程度の危険が分かり、大人の制止に従いますか	はい	いいえ
11	順番を守って行動することができますか	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　　無　・　有
(有の方は記入してください)

発達や慢性の病気のことで、相談している病院や施設はありますか　　無　・　有
(有の方は記入してください)

園記入

面接日：令和　　年　　月　　日　　面接者名：　　再面無　・　再面有