

児童調査書 0 歳児

令和 9 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								
住 所	北名古屋市				ふりがな	父	母	
					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)					
	1 0 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			
	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 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、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