

児童調査書 4・5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					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		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	視力	異常	無 ・ 有	聴力	異常	無 ・ 有				
康	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 (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で、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