

入園申込時生活調査票(0歳児用)

令和 年 月 日 現在

ふりがな 氏名	男・女	生年月日	令和 年 月 日生(か月)
------------	-----	------	----------------

出産時の状況				病気の状況		
1	出産順位	第 子		1	はしか	か月
2	分娩方法	正常・その他()		2	おたふくかぜ	か月
3	妊娠期間	妊娠 週 日		3	風疹	か月
4	出生時体重	g		4	水ぼうそう	か月
5	出生時身長	cm		5	突発性発疹	か月
6	黄だん	なし・普通・強		6	そけいヘルニア	か月
現在までの発育の状況				7	先天性股関節 脱臼	か月
1	現在の体重	g		健康の状況		
2	現在の身長	cm		1	丈夫である	はい いいえ
3	首がすわりましたか。	はい(か月)	いいえ	2	かぜをひきやすい	はい いいえ
4	あやすとよく笑いますか。	はい(か月)	いいえ	3	下痢しやすい	はい いいえ
5	見えない方向から声をかけると そちらを見ようとしますか。	はい(か月)	いいえ	4	吐きやすい	はい いいえ
6	外気浴をしていますか。	はい(か月)	いいえ	5	よく熱を出す	はい いいえ
7	寝返りをしますか。	はい(か月)	いいえ	6	ゼーゼーしやすい	はい いいえ
8	おすわりをしますか。	はい(か月)	いいえ	7	便秘しやすい	はい いいえ
9	からだのそばにあるおもちゃに 手をのばしてつかみますか。	はい(か月)	いいえ	8	湿疹がしやすい	はい いいえ
10	家族といっしょにいるとき、話しか けるような声を出しますか。	はい(か月)	いいえ	9	おむつかぶれし やすい	はい いいえ
11	テレビの音がしはじめると、すぐ そちらを見ますか。	はい(か月)	いいえ	10	化膿しやすい	はい いいえ
12	離乳食を喜んで食べていますか。	はい(か月)	いいえ	11	ヘルニアになりや すい	はい いいえ
13	はいはいをしますか。	はい(か月)	いいえ	12	脱臼しやすい	はい いいえ
14	つかまり立ちができますか。	はい(か月)	いいえ	(どこが)		
15	指で、小さい物をつまみますか。	はい(か月)	いいえ	13	ひきつけを起こし たことがある	はい いいえ
16	機嫌よくひとり遊びができますか。	はい(か月)	いいえ	(いつ頃)		
17	離乳は順調にすすんでいますか。	はい(か月)	いいえ	14	アレルギー体質がある	はい いいえ
18	後追いをしますか。	はい(か月)	いいえ	(内容)		
19	歯ははえていますか。	はい(か月)	いいえ	15	平熱	℃
20	「おいで」「ちょうだい」などがわ かりますか。	はい(か月)	いいえ	16	かかりつけの医院	
21	つたい歩きをしますか。	はい(か月)	いいえ			