

登録番号 (幼稚園記入)

こがねいにこにこサポート
朋愛幼稚園ふたばクラス アンケート

令和 年 月 日

ふりがな

お子さんの名前 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 歳 _____ ヶ月 男・女

保護者氏名 _____ 住所 _____ 市 _____ Tel _____

今までに大きい病気やケガをしたことがありますか 有・無

の方 疾病名 _____

かかりつけの病院 _____ Tel _____

— 生活状況 —

運	首がすわる	か月	ねがえり	か月	平熱	℃
	おすわり	か月	はう	か月	愛称	
動	つかまり立ち	か月	歩きはじめ	か月	好きな遊び	
	食	ほ乳瓶の使用 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無			おやつ(種類・量)	
事	自分で食べる	<input type="checkbox"/> スプーン・ <input type="checkbox"/> 手			おこしやすい 病気・持病	<input type="checkbox"/> かぜ <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> はきやすい <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> ヘルニア <input type="checkbox"/> その他 ()
	牛乳は	<input type="checkbox"/> 飲んでいる・ <input type="checkbox"/> 飲んでいない				
睡	利き腕は	<input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左			アレルギー体質ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	眠	昼寝	<input type="checkbox"/> する・ <input type="checkbox"/> 時々・ <input type="checkbox"/> しない			*はいの方
言	起床時	分頃	就寝時	分頃	<input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> 薬品等 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	葉	<input type="checkbox"/> かたこと言う (ワンワン、マンマ等) <input type="checkbox"/> はっきりしている <input type="checkbox"/> 発音がわかりにくい			<input type="checkbox"/> 食品制限している <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
けいれん	熱性けいれん、ひきつけをおこしたこと			→それは医師の指示ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____ 回 _____ 才 _____ ヶ月)			食品名 (_____)		
出生	第 _____ 子	分娩	<input type="checkbox"/> 正常・ <input type="checkbox"/> 異常(_____)		早産(_____ ヶ月)	妊娠中の異常 [_____]
	出生時体重	g				
栄養	母乳	人口栄養		離乳食開始	完了	
	(_____ ヶ月まで)	(品名: _____)		(_____ ヶ月)	(_____ ヶ月)	

予防接種の記録				病気の記録					
BCG接種	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	四種混合	初回接種	1回目	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	はしか	有・無	突発疹	有・無
水痘	1回目 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 2回目 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未			2回目	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	おたふくかぜ	有・無	中耳炎	有・無
麻しん・風しん混合	第一期 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未			3回目	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	風疹	有・無	喘息	有・無
おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未			追加	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	水疱瘡	有・無	肺炎	有・無

療育 現在、療育に通われていますか はい いいえ
はいの方→場所 (_____) いつから (_____) きっかけは (_____)

母子分離が難しい場合の対応
預かりを希望する 様子を見て相談 預かりを見合わせる その他 (_____)

子どもの成長や子育ての心配事があればご記入ください

他の幼稚園のこがねいにこにこサポートも利用しますか はい→場所 (みそら・ぬくい南・せいしん) いいえ

幼稚園記入欄 面接日 令和 年 月 日 母子手帳確認 済 未 3~4ヶ月健診 1歳6ヶ月健診 3歳児健診