

# 就園前幼児の状況調査票

( )こども園

幼 児	フリガナ		性別	保 護 者	フリガナ	
	氏名		男・女		氏名	
	生年月日	平成・令和 年 月 日			職業	
	現住所	八重瀬町字			続柄	
電 話	自宅		職場			
	緊急を要する時(携帯)		(1)	(2)		

入園前の状況	( )保育園就園	年 月 日	( 才 月 ~ 才 月 まで)	※ 加配
	( )幼稚園就園	年 月 日	( 才 月 ~ 才 月 まで)	( 有 ・ 無 )

1	出生について	出産(安産・難産) 出産週数( 週) 出産時の体重( g) 歩行期( 月)
2	栄養について	母乳・人工乳・混合乳・離乳期( 月)
3	今までに受けた予防接種	ヒブ・小児用肺炎球菌・B型肝炎・四種混合・BCG・MR 水痘・日本脳炎 (任意接種 ロタウイルス おたふくかぜ インフルエンザ)
4	3歳児健診をうけましたか	はい ・その際指摘などありましたか ( ) いいえ
5	今までに医者から心臓の病気があるといわれたことがありますか	ない ある 病名 ( )
6	医者から眼の病気があるといわれたことがありますか	ない ある 病名 ( )
7	耳、鼻、のどの病気があるといわれたことがありますか	ない ある 病名 ( )
8	その他かかったことのある病気 いま治療中の病気	麻疹(はしか)・風疹(三日はしか)・流行性耳下腺炎(おたふく) 百日ぜき・その他( )
9	お子さんの耳がとおいと感じたことがありますか	ない ある どの時感じたか( )
10	現在、お子さんは治療していない歯がありますか	ない ある ( 本)ぐらい・治療中
11	かかりやすい病気(又は症状)があれば○で囲んで下さい	かぜ・腹痛・下痢・車酔い その他( )
12	担任の先生に知ってもらいたい事	用便が近い・てんかん性がある・ぜんそく 視力が弱い(右 左 )・病弱・体が不自由

(アレルギー等)	ない ある ( 才)頃から くすりや注射に対して・食べ物などに対して その他 ( ) 医師の治療を受けたことが ある ・ ない
----------	--

幼児の長所

幼児の短所

発育について

- ・自分の名前が言える(はい・いいえ)      ・父母の名前が言える(はい・いいえ)
- ・排せつは自分でできる (尿 はい・いいえ) / (便 はい・いいえ)
- ・気が散りやすい      ・人見知り      ・人とすぐ仲良くなる      ・こだわりがある
- ・言葉が聞きとりづらい      ・低身長      ・食が細い      ・体を動かすこと (好き・苦手)
- ・人と話すこと (好き・苦手)
  
- ・ その他

園への希望または意見等

自宅付近の見取り図