

## ② 家庭の状況届出書

フリガナ				性別	
児童氏名					
生年月日	年 月 日 ( 歳児クラス )				
住所及び電話番号	TEL ( )				
携帯電話番号	父	( )			
	母	( )			
家族及び同居している人（本人除く）	氏名	続柄	生年月日	職業・学校等	
			・ ・		
			・ ・		
			・ ・		
			・ ・		
			・ ・		
			・ ・		
児童の健康状態	1 特に問題はない。				
	2 発達や慢性的な病気等で相談している病院や施設がある。 病名・障害名【 】				
	病院・施設名【 】				
	3 アトピー・アレルギー等がある。 症状 無・有				
	※ 健康上又は発達上、気になることがありましたらご記入ください。				
	緊急連絡先（上記以外）	住所または所在地		電話	
		続柄：祖父母、父母職場、その他 ( )			
住所または所在地		電話			
氏名または名称	続柄：祖父母、父母職場、その他 ( )				

※ 緊急時の連絡先は保育所に入所した後、お子様の具合が悪くなった時などの連絡に使用しますので、必ず連絡がつくご連絡先をお書きください。（父職場・祖父母自宅など）

## 生育歴

## 児童氏名( )

出生時(全員記入)	乳児期(0~2歳児クラスのみ記入)	幼児期(3歳児クラス以上のみ記入)
・胎在期間(妊娠第週)	・栄養(母乳、人工乳、混合)	※該当する項目に□をつけてください
・体重(g)	・首のすわり(か月)	□衣類の着脱を一人でできる
・身長(cm)	・離乳食開始(か月)	□自分の名前がいえる
・頭囲(cm)	・寝返り(か月)	□落ち着いて話を聞くことができる
・胸囲(cm)	・おすわり(か月)	□二語文「わんわんきた」等が話せる
	・ハイハイ(才か月)	□一人で階段が登れる
・分娩の状況 (正常分娩・帝王切開・その他)	・歩き始め(才か月)	□簡単な指示「ごみすて」等ができる
・出生児の状況 (元気・衰弱・仮死)	・話し始め(才か月)	□スプーン・フォークでご飯を食べる
・保育器の使用(無・有日)	・離乳食完了(才か月)	□はしを使ってご飯を食べる
・黄疸症状 (重症・やや強い・ほとんど無)		□トイレに行って一人で排泄できる
		□おむつを常に使用している
		□ひとり歩きができる
		□理由なく奇声を出すことがある
		□危ないものや場所がわかる
		□同年代の子とかかわって遊べる

医療歴	・アレルギー	無・有	(鶏卵・牛乳・小麦・大豆・その他) (ダニ・ハウスダスト・花粉・その他) 治療(無・飲み薬・塗り薬・食事制限・その他)
	・家族(父・母・兄弟姉妹)のアレルギー状況	無・有	該当者(父・母・兄弟姉妹)具体的な症状( ) 該当者(父・母・兄弟姉妹)具体的な症状( )
	・ひきつけ、けいれん	無・有	(1回目 才か月)その後(回) (熱度回) (無熱性回)
	・てんかん	無・有	(状態) (服薬開始 才か月・1日回使用中)
	・既往歴  肝炎・川崎病・ぜんそく・ヘルニア(場所 )・肘内障・肺炎・中耳炎 心臓疾患(不整脈・肥大・雑音・弁膜症・先天性 ) その他( )		
接種歴	・予防接種歴(接種済みのものに○をつけてください) ・ヒブ(1回目、2回目、3回目、4回目)・肺炎球菌(1回目、2回目、3回目、4回目) ・B型肝炎(1回目、2回目、3回目)・四種混合(1回目、2回目、3回目、4回目) ・BCG・麻しん風しん混合(1回目、2回目)・みずぼうそう(1回目、2回目) ・日本脳炎(1回目、2回目、3回目)・ロタ(1回目、2回目) ・その他( )		
	・乳幼児健診の状況(直近3回分)	助言指導	助言指導が有の場合、その内容
	( )歳( )か月健診	無・有	
	( )歳( )か月健診	無・有	
	( )歳( )か月健診	無・有	