2024年度　　　　 生活環境調査票　 クラス

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | ふりがな（愛称：　　　　　　　　　　　　） | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 西暦 20　　 年 　月 　 日 |
| 出産状況 | 出産時　（　　　）週　　出生時 体重（　　　）g　／身長( )cm血液型　RH　＋・－　　　型　・　不明出生後の異常　無　・　有（　　　　　　　　　　　）先天性の病気　無　・　有（　　　　　　　　　　　） |
| 発育の状況 | 首のすわり　（　　）ヶ月頃寝返り　　　（　　）ヶ月頃おすわり　　（　　）ヶ月頃ハイハイ　　（　　）ヶ月頃つかまり立ち（　　）ヶ月頃ひとり歩き　（　　）ヶ月頃 | 玩具が握れた時期　　（　　）ヶ月頃片言の話し始め　　　（　　）ヶ月頃排泄を知らせた時期　（　　）ヶ月頃目の異常　無　・有 （　　　　　　　）耳の異常　無　・有 （　　　　　　　）検診結果の異常　無　・　有　（　　）ヶ月検診　　　　　　　　　（内容：　　　　　　　　　）　 |
| 身体の状況 | 平熱（　 　　　℃）ひきつけを起こしたことがある　　いいえ　・　はい【はいと答えた方へ】（　　）歳児の時　体温は（　　　　℃）　今までに（　　）回脳波をとるように言われましたか？　いいえ　・　はい　【はいと答えた方へ】医師の診断結果は？（　　　　　　　　　　　　）日常生活・集団生活で気をつける点は？（　　　　　　　　　　　　　　　　　）喘息がある　　　　　いいえ　・　はい（服用薬：無・有（薬名：　　　　　　　　））アレルギーがある　　いいえ　・　はい【はいと答えた方へ】症状：　　　　　　　　　　アレルゲンは？：　　服用薬：　　　　　　　　　医師の指導内容：関節をはずしたことがある　いいえ　・　はい【はいと答えた方へ】部位（具体的に）：　　　　　　　　年齢：　　歳　回数：　　回風邪をひきやすい　　　　いいえ　・　はい下痢をしやすい　　　　　いいえ　・　はい（どんな時？：　　　　　　　　　　）便秘になりやすい　　　　いいえ　・　はい吐きやすい　　　　　　　いいえ　・　はい（どんな時？：　　　　　　　　　　）中耳炎になりやすい　　　いいえ　・　はいヘルニアがある　　　　　いいえ　・　はい蕁麻疹・湿疹が出やすい　いいえ　・　はい（どんな時？：　　　　　　　　　　）大きな怪我をしたことがある　いいえ　・　はい【はいと答えた方へ】年齢：　　歳　状況・処置：( )言語の問題　無　・　有（　　　　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 食事の状況 | 偏食がありますか？　　　　　　無　・　有ひとりで食べられますか？　　　はい　・　いいえ好きな食べ物：( )　　　　　　　　　　　嫌いな食べ物：( ) |
| 生活の状況 | 排　泄　大便：頻度　（　不規則　・　規則的（１日　　回 ／ 朝・昼・夜）　）　　　　　　　状態　（　かたい　・　普通　・　やわらかい　）　　　　小便：間隔　（　短い　・　普通　・　長い　）おむつ　( 紙おむつ ・ 布おむつ ・ ﾄﾚｰﾆﾝｸﾞﾊﾟﾝﾂ ・ 就寝時のみ使用 ・ ﾄｲﾚﾄﾚｰﾆﾝｸﾞ終了 ) 夜　尿　しない　・　する（ 時々 ・ 毎日 ）睡　眠　起床（　　：　　頃）／就寝（　　：　　頃）　夜泣き　無 ・ 有午　睡　なし　・　あり（　　：　　頃～　　：　　頃）寝つき　良い　・　悪い（　　　　　　　　　　　　　）寝起き　良い　・　悪い（　　　　　　　　　　　　　）寝　方　 ( 仰向け　・　うつ伏せ　・　横向き )利き手　右　・　左好きな遊び　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）よく遊ぶ相手（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 既往症 |  | 百日咳 | 麻疹 | 水痘 | 肺炎 | 風疹 | おたふくかぜ |
| 年・月 | 　　　・ | 　　　・ | 　　　・ | 　　　・ | 　　　・ | 　　　・ |
| その他　　無　・　有（病名：　　　　 　　　　） 入院歴　　無　・　有（病名：　　　　　　　　　） |
| 予防接種 | ワクチンの種類 | 接種年月（年・月） | ワクチンの種類 | 接種年月（年・月） |
| ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ菌ｂ型 | 　・ | 　・ | 　・ | 　・ | BCG | 　・ | 　 |
| 小児用肺炎球菌 | 　・ | 　・ | 　・ | 　・ | 麻しん・風しん | 　・ | 　・ |
| B型肝炎 | 　・ | 　・ | 　・ | 　 | 水痘 | 　・ | 　・ |
| 四種混合 | 　・ | 　・ | 　・ | 　・ | おたふくかぜ | 　・ | 　・ |
| 日本脳炎 | 　・ | 　・ | 　・ | 　 | ( ) | 　・ | 　・ |
| 主治医 | かかりつけの病院〔主治医〕を下記に記入して下さい。小児科：　　　　　　　　　〔　　　　　〕　外　科：　　　　　　　　　〔　　　　　〕歯　科：　　　　　　　　　〔　　　　　〕　耳鼻科：　　　　　　　　　〔　　　　　〕その他（　　　　）：　　　　　　　　　〔　　　　　〕 |
| その他 | 他園の在籍　　　　無　・　有（　　　　　　　　園：　　年　　月～　　年　　月）一時保育の利用　　無　・　有（　　　　　　　　園：　　年　　月～　　年　　月） |
| 保育園での生活の中で気をつけることや心配な点はありますか。（主治医からの集団生活の中での注意事項等がある場合は記入して下さい。） |
| 保育園への要望等はありますか。 |