

# 児童調査票(1)

氏 名		男・女	生年月日	年 月 日
平 熱	度 分			
生 育 歴	保育園・幼稚園			歳 ~ 歳
	保育園・幼稚園			歳 ~ 歳
	保育園・幼稚園			歳 ~ 歳
	その他(※家庭での保育の状況・主に育てた人など)			
体 質	<input type="checkbox"/> 疲れやすい		<input type="checkbox"/> かぜをひきやすい	
	<input type="checkbox"/> 下痢をしやすい		<input type="checkbox"/> 便秘がちである	
	<input type="checkbox"/> 扁桃腺炎で熱が出やすい		<input type="checkbox"/> 鼻血を出しやすい	
	<input type="checkbox"/> アレルギー( )			
	<input type="checkbox"/> 脱臼しやすい しやすい部分( )			
	<input type="checkbox"/> ひきつけを起こしやすい[服薬(有・無)]			
	<input type="checkbox"/> ぜんそく[服薬(有・無)]			
	<input type="checkbox"/> その他[服薬(有・無)]( )			
	その他、健康上知っておいて欲しい事を具体的に記入してください。 (※持病など)			
既 往 症 (予防接種を含む)	<input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふくかぜ			
	<input type="checkbox"/> ふうしん <input type="checkbox"/> その他( )			
親から見た性格 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 外向的		<input type="checkbox"/> おしゃべり	
	<input type="checkbox"/> 内向的		<input type="checkbox"/> おとなしい	
	<input type="checkbox"/> 短気		<input type="checkbox"/> 無口	
	<input type="checkbox"/> かんしゃくを起こす		<input type="checkbox"/> 人見知りをする	
	<input type="checkbox"/> のんびりしている		<input type="checkbox"/> 活発	
	<input type="checkbox"/> 調子に乗りやすい		<input type="checkbox"/> すぐに泣く	
	自由記入欄			
かかりつけの病院 (外科・内科・歯科など)	[名称]		[名称]	
	[電話]		[電話]	
好きな遊び	外遊び			
	室内遊び			
塾または お稽古事	塾・お稽古事の内容	回 数	時 間	当日の クラブ出欠
		週 回 曜日	時 分 ~ 時 分	出席・欠席
		週 回 曜日	時 分 ~ 時 分	出席・欠席
		週 回 曜日	時 分 ~ 時 分	出席・欠席

## 児童調査票(2)

氏名			
発達について	言語	<input type="checkbox"/> 普通に話せる	
		<input type="checkbox"/> 言葉に遅れがある	
		<input type="checkbox"/> 自分の話したいことを一方的に話す	
	人間関係	<input type="checkbox"/> 友だちと仲良く遊ぶ	<input type="checkbox"/> 1人遊びが好きである
		<input type="checkbox"/> 友だちとよくケンカになる	<input type="checkbox"/> 友だちと手の出るケンカをする
		<input type="checkbox"/> 友だちの輪の中に入りにくい	<input type="checkbox"/> 好きな遊びに拘り遊びが広がりにくい
		<input type="checkbox"/> 自己主張が強く頑固である	<input type="checkbox"/> 場の雰囲気や状況がわからない
	食事	<input type="checkbox"/> 箸を使って(食べられる、食べられない) <input type="checkbox"/> 極端な偏食やこだわりがある	
		食品の好き嫌いがありますか？(具体的に)	
		《好き》	《嫌い》
	<input type="checkbox"/> すべて自分でできる	<input type="checkbox"/> 大便の始末に援助が必要 <input type="checkbox"/> おしっこが近い	
	<input type="checkbox"/> すべて自分でできる	<input type="checkbox"/> 簡単なものは自分で出来る <input type="checkbox"/> 自分では出来ない	
	<input type="checkbox"/> 指示を理解し、直ちに行動ができる <input type="checkbox"/> 指示は理解できるが、行動にうつせない		
	<input type="checkbox"/> 繰り返し何度も指示しないと理解しにくい <input type="checkbox"/> 指示を理解できない		
	<input type="checkbox"/> 物事に時間がかかり、時間通りに行動できない <input type="checkbox"/> 急な予定変更等に対応するのが苦手である <input type="checkbox"/> 電車や数字、水遊び等特定のものにこだわり熱中する <input type="checkbox"/> 思うようにならないと、泣きわめいたり暴れたりする <input type="checkbox"/> 特定のもの、特定の状況や場面を嫌がったり怖がったりする <input type="checkbox"/> 新しい環境や手段に慣れるまでとても時間がかかり不安を示す <input type="checkbox"/> やるべきことを忘れることが多い <input type="checkbox"/> 特定のものを触ったりかんだりする <input type="checkbox"/> 気が散りやすい <input type="checkbox"/> 順番を待つ事、我慢することが苦手 <input type="checkbox"/> 帽子やハンカチをよくなくす <input type="checkbox"/> 整理整頓が苦手、片づけが出来ない <input type="checkbox"/> 話を聞く等、集中することが苦手 <input type="checkbox"/> いすに座っていることが苦手 <input type="checkbox"/> 自分なりの習慣や手順にこだわりがある <input type="checkbox"/> とてもおしゃべりである		
特別な配慮の必要性	無・有		
	※有の場合は具体的に記入してください。		
障害などについて	1、無し		
	2、精神発達遅滞の心配がある		
	3、多動的傾向の心配がある		
	4、自閉的傾向の心配がある		
	5、身体的障がいのある(肢体・視覚・聴覚・言語・内科的)		
	6、その他( )		
	7、よくわからないが何らかの障がいの心配がある		
	※2～7の場合は具体的に記入してください。		