

個別調査票（休日保育用）

記入日：平成 年 月 日

児童名		生年月日		年齢		保護者氏名		
フリガナ 男 女		平成 年 月 日		歳 か月				
住所						電話番号		
新座市						自宅 () 携帯 ()		
在籍園（平日）			保育所等利用日			保育時間		
			月・火・水・木・金・土			午前 : ~午後 :		
家族構成	氏名		児童との続柄	生年月日		職業 ※お子さんは、学校及び保育園名を記入してください。		
	(フリガナ)			明治・大正・昭和・平成 年 月 日生				
	(フリガナ)			明治・大正・昭和・平成 年 月 日生				
	(フリガナ)			明治・大正・昭和・平成 年 月 日生				
	(フリガナ)			明治・大正・昭和・平成 年 月 日生				
	(フリガナ)			明治・大正・昭和・平成 年 月 日生				
	(フリガナ)			明治・大正・昭和・平成 年 月 日生				
出生時	出産場所	施設名 ()						
	在胎期間	週 (か月)						
	分娩時	正常分娩 ・ 帝王切開 ・ 微弱陣痛 (吸引 ・ 鉗子)						
	子の状況	元気 ・ 仮死 ・ チアノーゼ ・ けいれん ・ 頭血腫 ・ 黄疸 (強)						
	処置	酸素吸入 ・ 蘇生術 ・ 交換輸血 ・ 保育器 (日間) ・ その他 ()						
	生下時	体重 g		身長 cm		頭囲 cm		胸囲 cm
成長発達	首のすわり	か月頃	ひとり歩き	か月頃	ハイハイ	か月頃		
	物に手を出す	か月頃	人を見て笑う	か月頃	つかまり立ち	か月頃		
	座る	か月頃	寝返り	か月頃	話はじめ	か月頃		
	人見知り	か月頃						
健診・検査	先天性代謝異常検査		受けた (健康 ・ 要観察) ・ 受けない					
	9・10か月健診		受けた (健康 ・ 要観察) ・ 受けない					
	1歳6か月健診		受けた (健康 ・ 要観察) ・ 受けない					
	3歳健診		受けた (健康 ・ 要観察) ・ 受けない					
予防接種	<ul style="list-style-type: none"> ・ BCG ・ 四種混合 (第1期1回目 ・ 第1期2回目 ・ 第1期3回目 ・ 第1期追加) ・ 麻疹・風疹 (第1期 ・ 第2期) ・ Hib ワクチン (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加) ・ 肺炎球菌 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加) ・ 水疱 ・ おたふく ・ ロタウイルス (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ B型肝炎 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ その他 () 							

