

保護者氏名		住所 (電話番号)	小山町 ()		
(ふりがな) 児童氏名	()	続柄	生年月日	年	月 日生
		性別	男・女	年齢	歳児 ※令和2年4月1日現在の年齢

質問事項		有 無		記入欄
体 質	1 ひきつけはありますか	有	無	
	2 ぜん息はありますか	有	無	
	3 下痢はしやすいですか	有	無	
	4 風邪はひきやすいですか	有	無	
	5 ヘルニアはありますか	有	無	
	6 心臓疾患はありますか	有	無	
	7 脱臼しやすいですか	有	無	
	8 耳・鼻・眼・のどの疾患 はありますか	有	無	
	9 アレルギー・アトピー等 はありますか	有	無	
	10 その他			
言 語	1 話しかけへの理解ができますか	わかる	わからない	
	2 話すことができますか	はい	いいえ	
	3 特別のことばはありますか	有	無	
	4 その他			
精 神 発 達	1 上と下、前と後ろがわかりますか	わかる	わからない	
	2 昨日、今日、明日がわかりますか	わかる	わからない	
	3 指示による行動ができますか	できる	できない	
	4 絵本の内容がわかりますか	わかる	わからない	
	5 その他			
生 活 習 慣	1 偏食はありますか	有	無	好きなもの 嫌いなもの
	2 主食・副食のバランスは とれていますか	良	悪	
	3 食べる量は少食ですか	良	悪	
	4 箸・スプーンがつかえますか	はい	いいえ	
	5 うんちとおしっこを自ら 教えますか	はい	いいえ	
	6 オムツを着用していますか	はい	いいえ	
習 癖	1 爪かみ・指しゃぶりはありますか	有	無	
	2 睡眠時のくせはありますか	有	無	夜尿・歯ぎしり・指しゃぶり・その他()
	3 その他			
家 で の 姿	1 朝食をきちんと食べますか	はい	いいえ	
	2 好きな遊びは何ですか			
	3 好きなテレビ番組は何ですか			
	4 起床・就寝時間は何時ですか	起床	時	・ 就寝 時