

## 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
				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)				
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"/> 興味が移りやすい	<input type="checkbox"/> 落ち着きがない
	<input type="checkbox"/> 内向的	<input type="checkbox"/> おとなしい	<input type="checkbox"/> 臆病	<input type="checkbox"/> やさしい
	<input type="checkbox"/> 短気	<input type="checkbox"/> 無口	<input type="checkbox"/> 自己中心的	<input type="checkbox"/> 落ち込みやすい
	<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"/> 物事に固執する	
	<input type="checkbox"/> のんびりしている	<input type="checkbox"/> 活発	<input type="checkbox"/> 情緒にムラがある	
	<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》
排 泄	<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			
理 解	<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			
	その他			
	<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。		