

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〕	〔名称〕
	〔電話〕		〔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)	
		<input type="checkbox"/> 《好き》	<input type="checkbox"/> 《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	
	理 解	<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			
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		
無 ・ 有			
※有の場合は具体的に記入してください。			
特別な配慮の必要性			
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、身体的障がい心配がある(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。		