

0 歳 児 生 活 調 査 票

(様式1の2)

〔保育所（園）保管用〕

児童氏名	ふりがな	男 ・ 女	生 年 月 日	保護者名		電話番号
			令和 年 月 日	住 所		()

保育の参考としますので記入又は該当する箇所に☑をつけてください。

健 診	最近受けた健診年月日	年 月 日	健診名
出 産	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 早産 (か月) <input type="checkbox"/> 異常 () 出生時体重 (g)		
発 育 状 況	首がすわっていますか		<input type="checkbox"/> はい (か月) <input type="checkbox"/> いいえ
	あやすと笑いますか		<input type="checkbox"/> はい (か月) <input type="checkbox"/> いいえ
	見えない方向から声をかけると顔を向けますか		<input type="checkbox"/> はい (か月) <input type="checkbox"/> いいえ
	外気浴をしますか		<input type="checkbox"/> は い <input type="checkbox"/> いいえ
	寝返りをしますか		<input type="checkbox"/> はい (か月) <input type="checkbox"/> いいえ
	体のそばにあるおもちゃに手を伸ばして、つかみますか		<input type="checkbox"/> つかむ <input type="checkbox"/> つかまない
	家族と一緒にいるとき、話しかけるような声をだしますか		<input type="checkbox"/> 出す <input type="checkbox"/> 出さない
	お座りをしますか		<input type="checkbox"/> はい (か月) <input type="checkbox"/> いいえ
	ハイハイをしますか		<input type="checkbox"/> はい (か月) <input type="checkbox"/> いいえ
	支えられて立っていますか		<input type="checkbox"/> はい (か月) <input type="checkbox"/> いいえ
	指で小さいものをつまみますか		<input type="checkbox"/> は い <input type="checkbox"/> いいえ
	人見知りをしますか		<input type="checkbox"/> は い <input type="checkbox"/> いいえ
	歯の生え始めは何か月ころでしたか		(か月)
ことばの言い始め (ウマウマ・ブーブーなど) は何か月ころでしたか		(か月)	
睡 眠	よく眠る方ですか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	どのようにして寝かせますか		<input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> おんぶ <input type="checkbox"/> だっこ <input type="checkbox"/> 1人で寝る <input type="checkbox"/> その他
	1日の睡眠時間を記入してください		
ミ ル ク な ど に つ い て	現在飲んでいるもの		<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 人工 (メーカー名)
	現在飲んでいる量と授乳時間を記入してください		
	ミルクの量		
	時 間	午前 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 午後 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	
	どのようにして飲んでいきますか		<input type="checkbox"/> 抱いて飲ませる <input type="checkbox"/> 寝かせて飲ませる <input type="checkbox"/> 寝ながら自分で持って <input type="checkbox"/> その他 ()
	ミルクのあたたかさ		<input type="checkbox"/> 人肌 <input type="checkbox"/> 少し熱め <input type="checkbox"/> ぬるめ
	ミルクの飲み方		<input type="checkbox"/> 一気に飲む <input type="checkbox"/> 休みながらも全量飲む <input type="checkbox"/> あまり飲まない
	ゲップが出ますか		<input type="checkbox"/> 出る (飲んでからおおよそ 分) <input type="checkbox"/> 出ない
	ミルクを吐きますか		<input type="checkbox"/> 吐かない <input type="checkbox"/> 吐きやすい
	哺乳ビン嫌がりませんか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 嫌がる (<input type="checkbox"/> スプーンで <input type="checkbox"/> コップで)
	乳首は何を使っていますか		メーカー () サイズ・種類 ()
	番茶、湯冷まし等を飲ませていますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

裏面もご記入ください。

