

※市処理欄

園名／

入園申込時生活調査票(0歳児用)

※令和7年4月2日以降に生まれた方

令和 年 月 日現在

ふりがな 氏名	男・女	生年月日	令和 年 月 日生(か月)
------------	-----	------	----------------

出産時の状況			病気の状況	
1	出産順位	第 子	1	はしか か月
2	分娩方法	正常・その他()	2	おたふくかぜ か月
3	妊娠期間	妊娠 週 日	3	風疹 か月
4	出生時体重	g	4	水ぼうそう か月
5	出生時身長	cm	5	突発性発疹 か月
6	黄だん	なし・普通・強	6	そけいヘルニア か月
現在までの発育の状況			7	先天性股関節 脱臼 か月
1	現在の体重	g	健康の状況	
2	現在の身長	cm	1	丈夫である はい いいえ
3	首がすわりましたか。	はい(か月) いいえ	2	かぜをひきやすい はい いいえ
4	あやすとよく笑いますか。	はい(か月) いいえ	3	下痢しやすい はい いいえ
5	見えない方向から声をかけるとそちらを見ようとしますか。	はい(か月) いいえ	4	吐きやすい はい いいえ
6	外気浴をしていますか。	はい(か月) いいえ	5	よく熱を出す はい いいえ
7	寝返りをしますか。	はい(か月) いいえ	6	ゼーゼーしやすい はい いいえ
8	おすわりをしますか。	はい(か月) いいえ	7	便秘しやすい はい いいえ
9	からだのそばにあるおもちゃに手をのばしてつかみますか。	はい(か月) いいえ	8	湿疹がしやすい はい いいえ
10	家族といっしょにいてとき、話しかけるような声を出しますか。	はい(か月) いいえ	9	おむつかぶれしやすい はい いいえ
11	テレビの音がしはじめると、すぐそちらを見ますか。	はい(か月) いいえ	10	化膿しやすい はい いいえ
12	離乳食を喜んで食べていますか。	はい(か月) いいえ	11	ヘルニアになりやすい はい いいえ
13	はいはいをしますか。	はい(か月) いいえ	12	脱臼しやすい はい いいえ (どこが)
14	つかまり立ちができますか。	はい(か月) いいえ	13	ひきつけを起こしたことがある (いつ頃) はい いいえ
15	指で、小さい物をつまみますか。	はい(か月) いいえ	14	アレルギー体質がある (内容) はい いいえ
16	機嫌よくひとり遊びができますか。	はい(か月) いいえ	15	平熱 度
17	離乳は順調にすすんでいますか。	はい(か月) いいえ	16	かかりつけの医院
18	後追いをしますか。	はい(か月) いいえ		
19	歯ははえていますか。	はい(か月) いいえ		
20	「おいで」「ちょうだい」などがわかりますか。	はい(か月) いいえ		
21	つたい歩きをしますか。	はい(か月) いいえ		