

入園時の家庭状況

部分は、選択肢から選択可能です  
 部分は、自由入力可能です  
 部分は、記入不要です

記入日 2026(令和8)年 5月 8日

ふりがな **ねりま じろう** 生年月日 2024(令和6)年 5月 8日生 性別 男

児童名 **練馬 二郎** 2か所になる場合は、下段を使用 その他 ( )

住所	〒 176-0012	豊玉北 - -	イツ 号		
	〒 -				
電話	090(1234)5678				
ふりがな	ねりま はなこ	続柄	ねりま たろう		
保護者名	練馬 花子	母	練馬 太郎		
生年月日	1990 年 1 月 1 日	1990 年 1 月 1 日			
勤務先	名称	病院	株式会社		
	職種	医療・福祉職(看護師・介護士など)	会社員(事務職)		
	住所	練馬区練馬	豊島区東池袋 - -		
	電話	路線名も入力(例:西武池袋線 練馬駅)	03( )		
最寄り駅	西武池袋線 練馬駅	西武池袋線 池袋駅			
在宅勤務	なし ( )	あり (週3日出社、週2日テレワーク)			
勤務時間	平日 8 時	テレワーク等がある場合は、頻度を入力 (例:週3日出社、週2日テレワーク等)	分 ~ 18 時 0 分		
	土曜 8 時		分 ~ 18 時 0 分		
	在宅 時 分 ~ 時 分	在宅 9 時 0 分 ~ 18 時 0 分			
定休日	日・祝日・不定期		日・祝日		
通勤所要時間	0 時間 30 分	0 時間 45 分			
保育時間	平日	自宅から勤務地までの時間を入力	送迎者 朝 父		
	土曜		夕 母		
	在宅 時 分 ~ 時 分	通園方法	自転車		
			その他 ( ) 5 分		
きょうだい同居人	氏名	児童との続柄	生年月日	職業・学校名	備考
	練馬 一郎	兄	2021年9月12日	〇〇保育園	
面接日	年 月 日	記録者名			
備考欄					

入園までの生活状況

該当する項目にチェックを入れてください

部分は、選択肢から選択可能です

部分は、自由入力可能です

児童名 練馬 二郎

生年月日 2024(令和6) 年 5 月 8 日 生

記入日 2026(令和8) 年 2 月 15 日

全クラス記入

生活	<input checked="" type="checkbox"/> 1 父または母 が保育 0 歳 から 1 歳 まで
	<input type="checkbox"/> 2 家庭的保育者(保育ママ) 歳 から 歳 まで
	<input type="checkbox"/> 3 保育所 保育園名 ( ) 歳 から 歳 まで
	<input type="checkbox"/> 4 幼稚園 幼稚園名 ( ) 歳 から 歳 まで
	<input type="checkbox"/> 5 その他 ( ) 歳 から 歳 まで
睡眠の状況	起床時間 6 時 0 分 就寝時間 20 時 0 分
	昼寝 <input checked="" type="checkbox"/> する 13 時 0 分から 1 時間くらい <input type="checkbox"/> しない
	1 睡眠時間帯 20 時 0 分から 6 時 0 分まで 13 時 0 分から 14 時 0 分まで
	2 寝具 <input type="checkbox"/> ベッド <input checked="" type="checkbox"/> 布団 ( )
	3 入眠方法 <input type="checkbox"/> 縦抱っこ <input type="checkbox"/> 横抱っこ <input type="checkbox"/> おんぶ <input checked="" type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> その他 ( )
	4 寝つき <input checked="" type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い
	5 寝起き <input type="checkbox"/> 良い <input checked="" type="checkbox"/> 悪い
	6 寝るときの癖 <input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> あり ( 指しゃぶり )
7 寝る時の体の向き <input checked="" type="checkbox"/> あおむけ <input checked="" type="checkbox"/> うつぶせ <input type="checkbox"/> 横向き	
8 睡眠状態 <input type="checkbox"/> 熟睡 <input checked="" type="checkbox"/> 途中で目が覚める <input type="checkbox"/> 眠りが浅い	
排泄の状況	1 使用している物 <input type="checkbox"/> 紙おむつ <input checked="" type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> その他 ( )
	2 おむつ <input checked="" type="checkbox"/> している <input checked="" type="checkbox"/> 日中も <input type="checkbox"/> 寝る時だけ 1日あたり 5 回位交換
	<input type="checkbox"/> していない とれた時期 歳 ヶ月頃
	3 尿 <input checked="" type="checkbox"/> おしえる <input type="checkbox"/> おしえない <input type="checkbox"/> 一人ができる <input type="checkbox"/> 一人で拭ける
	4 便 <input checked="" type="checkbox"/> おしえる <input type="checkbox"/> おしえない <input type="checkbox"/> 一人ができる <input type="checkbox"/> 一人で拭ける
	5 便の回数 1日につき 1回 主に <input checked="" type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 晩
6 便性 <input type="checkbox"/> 硬い <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟らかい <input type="checkbox"/> 便秘 薬名 ( )	
清潔	1 手洗い <input checked="" type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> その他 ( )
	2 歯磨き <input checked="" type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> その他 ( )
	3 うがい <input checked="" type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない
	4 洗顔(清拭) <input checked="" type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない
	5 入浴・シャワー <input checked="" type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週 回
	6 その他 <input type="checkbox"/> ( )

該当する項目にチェックを入れてください

部分は、選択肢から選択可能です

部分は、自由入力可能です

児童名 練馬 二郎

授乳	1 現在の乳の種類 <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 育児用ミルク <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> フォローアップミルク <input checked="" type="checkbox"/> 牛乳 (参考:ミルクの種類のメーカーなど )	
	2 哺乳瓶の使用 <input type="checkbox"/> している <input checked="" type="checkbox"/> していない 哺乳瓶、乳首の種類、サイズ等 ( ) 1回の授乳量、時間 1回約 cc / 約 分 授乳方法 <input type="checkbox"/> 抱いて(縦・横) <input type="checkbox"/> 寝かせて <input type="checkbox"/> 一人で持たせて <input type="checkbox"/> その他 ( ) 授乳後について <input type="checkbox"/> 吐くことがよくある <input type="checkbox"/> 吐くことが時々ある <input type="checkbox"/> 吐くことがほとんどない <input type="checkbox"/> げっぷはよくでる (おおよそ 分後) <input type="checkbox"/> げっぷはでない	
食事	1 食事内容 <input type="checkbox"/> ミルクのみ <input type="checkbox"/> 離乳初期 <input type="checkbox"/> 離乳中期 <input type="checkbox"/> 離乳後期 <input type="checkbox"/> 離乳完了期 <input checked="" type="checkbox"/> 乳幼児食 1歳以上で離乳完了期や乳幼児食を食べていない場合は、4ページにて食事の状況を詳しく聞き取る。	
	2 離乳食の開始時期 <input type="checkbox"/> 開始していない <input type="checkbox"/> 5か月 <input checked="" type="checkbox"/> 6か月 <input type="checkbox"/> その他 (  か月頃)	
	3 食事の時間 ( 8時から8時30分まで、12時15分から13時まで、18時から18時45分まで )	
	4 おやつ(の時間) ( 15時から15時30分まで )	
	5 授乳の時間 ( )	
	6 味付け <input type="checkbox"/> していない <input checked="" type="checkbox"/> している <b>1日の中での時間を入力</b> 大人と同じ味付け <input checked="" type="checkbox"/> ベビーフード使用	
	7 食具 <input checked="" type="checkbox"/> 手づかみ <input checked="" type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> 大人が食べさせている	
	8 水分補給 <input type="checkbox"/> 哺乳瓶 <input checked="" type="checkbox"/> マグ <input checked="" type="checkbox"/> ストロー <input type="checkbox"/> コップ	
	9 場所 <input type="checkbox"/> 抱いて <input type="checkbox"/> ベビーラック <input checked="" type="checkbox"/> 椅子(座卓・テーブル) <input type="checkbox"/> その他	
	10 好きな食べ物 ( 納豆、バナナ、ハンバーグ )	
	11 苦手な食べ物 ( ピーマン )	
	12 気になること ( 咀嚼が上手にできず丸のみしてしまう )	
	13 おやつ <input type="checkbox"/> 食べない <input checked="" type="checkbox"/> 食べる 主に ( ビスケット )	
	14 牛乳 <input type="checkbox"/> 飲んでいない <input checked="" type="checkbox"/> 飲んでいる ( )	
	15 食事量 <input type="checkbox"/> 少なめ <input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> よく食べる	
言葉	<input type="checkbox"/> 身振りで伝え表現する <input type="checkbox"/> 意味のある単語をいくつか話す <input checked="" type="checkbox"/> 二語文を話す <input type="checkbox"/> 聞き取れる言葉で話す <input type="checkbox"/> その他 ( )	着脱 <input type="checkbox"/> 大人がしている <input type="checkbox"/> できるがやってもらいたがる <input checked="" type="checkbox"/> 手伝ってもらいながらやろうとする <input type="checkbox"/> ほとんど一人です
	あそび 1 好きな遊び ( 身体を動かすのが好きで、ボール遊びや追いかっこをしています ) 2 好きなおもちゃ ( ブロックや積み木 ) 3 いつも遊ぶところ ( 外遊びが好きですが、ブロックをしている時は室内で集中して遊んでいます ) 4 テレビ・動画等を <input checked="" type="checkbox"/> 見ない <input type="checkbox"/> 見る (どのくらい)	
要求表現	子どもの姿 <input checked="" type="checkbox"/> 泣き出す( はげしく ) <input type="checkbox"/> 身振りで表す <input type="checkbox"/> 片言で言う	大人の応じ方 癇癪を起すことがあるので、その時は抱っこして話しかけて落ち着かせるようにしています。それでも泣き止まない時はおもちゃや絵本で気を紛らわせるようにしています。
	特に注意すべき事項	

## 食品の摂取状況

該当する項目にチェックを入れてください

部分は、選択肢から選択可能です

部分は、自由入力可能です

児童名 練馬 三郎

生年月日 2025(令和7) 年 6 月 22 日生

記入日 令和 8 年 2 月 15 日

0歳児クラス記入

食品名	形態
穀類	<input checked="" type="checkbox"/> 米 <input type="checkbox"/> つぶし粥 <input checked="" type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> ご飯 <input checked="" type="checkbox"/> うどん <input checked="" type="checkbox"/> そうめん <input checked="" type="checkbox"/> みじん切り <input checked="" type="checkbox"/> 柔らか煮 <input type="checkbox"/> 大人と同じ
野菜類	<input checked="" type="checkbox"/> 根菜類(人参・大根) <input checked="" type="checkbox"/> すりつぶし <input type="checkbox"/> みじん切り <input type="checkbox"/> 角切り
	<input checked="" type="checkbox"/> 青菜 <input checked="" type="checkbox"/> すりつぶし <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input checked="" type="checkbox"/> キャベツ <input checked="" type="checkbox"/> 玉ねぎ <input checked="" type="checkbox"/> すりつぶし <input type="checkbox"/> その他 ( )
芋類	<input checked="" type="checkbox"/> じゃが芋、さつま芋、里芋 <input checked="" type="checkbox"/> すりつぶし <input type="checkbox"/> みじん切り <input type="checkbox"/> 角切り
母乳・ミルク以外の飲み物	<input checked="" type="checkbox"/> 白湯 <input type="checkbox"/> 麦茶 <input type="checkbox"/> その他 ( )

離乳初期を入園後に開始した場合は日付を記録をする

月 日

【食品摂取確認表】（家庭で摂取済の食品にチェックを入れてください）

入園後、家庭で使用を確認した日付を分かる範囲で記入する

	食品名	使用確認日	備考
離乳初期 生後5～6か月頃	<input checked="" type="checkbox"/> 食パン	令和 年 月 日	
	<input checked="" type="checkbox"/> 豆腐	令和 年 月 日	
	<input checked="" type="checkbox"/> 白身魚	令和 年 月 日	
	<input checked="" type="checkbox"/> しらす干し	令和 年 月 日	
離乳中期 生後7～8か月頃	<input checked="" type="checkbox"/> 赤身魚(まぐろ・ツナ缶)	令和 年 月 日	
	<input checked="" type="checkbox"/> 鶏肉	令和 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> きな粉	令和 年 月 日	
	<input checked="" type="checkbox"/> 調理牛乳	令和 年 月 日	
	<input checked="" type="checkbox"/> プレーンヨーグルト	令和 年 月 日	
	<input checked="" type="checkbox"/> チーズ	令和 年 月 日	
	<input checked="" type="checkbox"/> りんご	令和 年 月 日	
離乳後期 生後9～11か月頃	<input type="checkbox"/> 青皮魚(さんま・さば・いわし)	令和 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> さけ	令和 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 豚肉	令和 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> ごま	令和 年 月 日	
	<input checked="" type="checkbox"/> バナナ	令和 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> もも	令和 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> オレンジ	令和 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 飲料牛乳	令和 年 月 日	
離乳完了期 生後12～18か月頃	<input type="checkbox"/> 大豆	令和 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> さば	令和 年 月 日	
	その他		



健康の記録

母子手帳を参考に入力

該当する項目にチェックを入れてください

部分は、選択肢から選択可能です

部分は、自由入力可能です

児童名 練馬 二郎

生年月日 2024(令和6) 年 5 月 8 日生

記入日 令和 8 年 2 月 15 日

平熱 36.5 度

第 2 子

かかりつけ医・主治医名 ( ○○小児科・ 先生 )

家族歴	保護者 ( 父 ) <input checked="" type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	保護者 ( 母 ) <input checked="" type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	きょうだい・祖父母など ( )
出生時の状態	1 妊娠中の状態 <input type="checkbox"/> 異常なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> つわり <input type="checkbox"/> 切迫流産 <input checked="" type="checkbox"/> 切迫早産 <input type="checkbox"/> 貧血 ) <input checked="" type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	2 分娩時の状態 <input type="checkbox"/> 異常なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ( <input checked="" type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 鉗子 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 骨盤位 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
	3 妊娠期間 40 週 5 日
	4 出生時 体重 3000 g 身長 50 cm 胸囲 33 cm 頭囲 34 cm
	5 出生時の状態 <input checked="" type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 光線療法 ) <input type="checkbox"/> 仮死状態 <input type="checkbox"/> 保育器使用 <input type="checkbox"/> 酸素使用
	6 その他 ( )
発達	<input checked="" type="checkbox"/> 首すわり ( 3 か月 ) <input checked="" type="checkbox"/> あやすと笑う ( 3 か月 ) <input checked="" type="checkbox"/> 寝返り ( 4 か月 )
	<input checked="" type="checkbox"/> ひとりすわり ( 7 か月 ) <input checked="" type="checkbox"/> 人見知り ( 7 か月 ) <input checked="" type="checkbox"/> はいはい ( 7 か月 )
	<input checked="" type="checkbox"/> つかまり立ち ( 10 か月 ) <input checked="" type="checkbox"/> 歯の生え始め ( 7 か月 ) <input checked="" type="checkbox"/> ひとり歩き ( 12 か月 )
健康状態	・食物アレルギー <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
	・その他のアレルギー <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
	・皮膚の症状 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ( <input checked="" type="checkbox"/> 乾燥肌 <input type="checkbox"/> 湿疹が出る <input type="checkbox"/> 蕁麻疹が出る ) その他 ( )
	・薬 ( 市販の保湿クリームを塗布 )
	・歯の状態:むし歯 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 未治療 )
	・健康面で気になる症状 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 熱がよく出る <input type="checkbox"/> 鼻汁がよく出る <input type="checkbox"/> ゼイゼイしやすい ) <input checked="" type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 便秘しやすい <input type="checkbox"/> その他 ( )
既往歴	・けいれん <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 熱性 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ) ・状況 ( ) 最後にけいれんを起こした日 年 月 日
	・肘内障 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 回数 回 最終 年 月 日 )
	・その他(入院・けが・手術など) ( )
予防接種日	<input type="checkbox"/> 麻疹 歳 <input type="checkbox"/> 風しん 歳 <input type="checkbox"/> 水痘 歳 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ 歳 <input checked="" type="checkbox"/> 突発性発疹 1 歳
	<input type="checkbox"/> その他 ( )
	BCG 麻しん・風しん(MR) 水ぼうそう おたふくかぜ B型肝炎 インフルエンザ他
	R6.11.15 1期 印刷後、四種もしくは五種いずれかに丸をつける 15
	R7.5.10 2 2 R6.9.15
	ヒブ 肺炎球菌 四種混合・五種混合 ロタ 3 R6.12.15
1 1 R6.8.15 1 R6.8.15 1価ワクチン 5価ワクチン 日本脳炎	
2 2 R6.9.15 2 R6.9.15 1 R6.8.15 1	
3 3 R6.10.15 3 R6.10.15 2 2 R6.9.15 2	
四種の場合、接種日を入力 追加 1個もしくは5個いずれかを入力	

四種混合(インフルエンザ、百日咳、破傷風、ポリオ) 五種混合(ジフテリア、百日咳、破傷風、ポリオ、ヒブ)