

生活環境調査表【裏面】 (該当のところに または 記入してください。)

0・1歳児クラスのお子様 (右記下の通園経路図もご記入ください↓)										2歳児クラス以上のお子様														
状況	睡眠の	1 <input type="checkbox"/> ベッド・その他 () 2 <input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> おんぶ <input type="checkbox"/> 抱っこ <input type="checkbox"/> 一人で <input type="checkbox"/> その他 くせ等 (例えば、指しゃぶり・タオル等) ()					3 寝付き <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い 4 寝起き <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い 5 その他 寝ているときの状態(向き・いびき等) ()					状況	1 添い寝 <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない 2 お昼寝 <input type="checkbox"/> している 時 分 ~ 時 分頃まで <input type="checkbox"/> していない 3 起床 (時 分頃) 寝起き (<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い) 4 就寝 (時 分頃) 寝付き (<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い) 5 くせ <input type="checkbox"/> 指しゃぶり <input type="checkbox"/> タオル <input type="checkbox"/> その他 ()											
	排泄	1 おむつをしていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 寝ているときだけ 2 おむつは何を使っていますか 布 (<input type="checkbox"/> 自 <input type="checkbox"/> 貸) <input type="checkbox"/> 紙おむつ 3 おむつは1日何回交換しますか (回) 4 おまるを使用していますか (<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい) 5 おしっこ : <input type="checkbox"/> 知らせない <input type="checkbox"/> 知らせる (<input type="checkbox"/> 毎回 <input type="checkbox"/> 時々) <input type="checkbox"/> その他 () 6 うんち : <input type="checkbox"/> 知らせない <input type="checkbox"/> 知らせる (<input type="checkbox"/> 毎回 <input type="checkbox"/> 時々) <input type="checkbox"/> その他 () 便の回数 (回) ・性状 (<input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟らかい) 排便のタイミング () 7 トイレでしますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい					1 おむつをしていますか (<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 寝ているときだけ) <input type="checkbox"/> とれたとき (歳 か月頃) 2 おむつは何を使っていますか 布 (<input type="checkbox"/> 自 <input type="checkbox"/> 貸) <input type="checkbox"/> 紙おむつ 3 おしっこ : <input type="checkbox"/> 知らせない <input type="checkbox"/> 知らせる <input type="checkbox"/> 一人で行ける <input type="checkbox"/> 一人で拭ける (1日 回位 分おき) 4 おしっこの間隔 <input type="checkbox"/> 1時間 <input type="checkbox"/> 1時間30分 <input type="checkbox"/> 2時間 <input type="checkbox"/> 2時間30分 <input type="checkbox"/> 3時間以上 うんち : <input type="checkbox"/> 知らせない <input type="checkbox"/> 知らせる <input type="checkbox"/> 一人で行ける <input type="checkbox"/> 一人で拭ける (1日 回位) 5 その状況はいつ頃から (歳 か月) 6 排泄時に変わったこと、気になることはないか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり																	
の今生活で	1 <input type="checkbox"/> 親と家庭にいた <input type="checkbox"/> 親以外の () に見てもらった 2 <input type="checkbox"/> 公立保育園 <input type="checkbox"/> 私立保育園 <input type="checkbox"/> その他 施設名 () 3 その他 ()					1 <input type="checkbox"/> 親と家庭にいた <input type="checkbox"/> 親以外の () に見てもらった 2 <input type="checkbox"/> 公立保育園 <input type="checkbox"/> 私立保育園 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 幼稚園 施設名 () 3 その他 ()																		
あそび	1 どんな遊びをしますか () 2 お子さんと遊ぶ時間はありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある					3 好きな玩具 () 4 テレビ・録画番組は見ますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 5 合計視聴時間 <input type="checkbox"/> 30分未満 <input type="checkbox"/> 1時間未満 <input type="checkbox"/> 2時間未満 <input type="checkbox"/> その他 ()					1 <input type="checkbox"/> 家庭で遊ぶ (<input type="checkbox"/> 同年齢 <input type="checkbox"/> 年上 <input type="checkbox"/> 年下 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹) 2 いつも遊ぶ所 () 3 <input type="checkbox"/> 遊び友達がいない (<input type="checkbox"/> 大人と遊ぶ <input type="checkbox"/> 一人で遊ぶ) 4 <input type="checkbox"/> いつも遊ぶ友達 () 5 <input type="checkbox"/> あまり友達と遊ばない 6 好きな遊び ()													
食事	1 哺乳瓶使用状況・ニップル(乳首)の種類 <input type="checkbox"/> 使っている <input type="checkbox"/> 使っていない メーカー () サイズ: <input type="checkbox"/> 丸穴S <input type="checkbox"/> 丸穴M <input type="checkbox"/> 丸穴L <input type="checkbox"/> Y字スリーカット <input type="checkbox"/> X字クロスカット					4 食事の様子 <input type="checkbox"/> 食事にかかる時間 (分位) <input type="checkbox"/> 口の中にためやすい <input type="checkbox"/> のどにひっかかりやすい <input type="checkbox"/> 吐きやすい <input type="checkbox"/> よく噛めない <input type="checkbox"/> まる飲み <input type="checkbox"/> イスに着席できず、すぐに立ち上がってしまう <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 特になし					5 好きな玩具 () 6 テレビ・録画番組は見ますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 7 合計視聴時間 <input type="checkbox"/> 30分未満 <input type="checkbox"/> 1時間未満 <input type="checkbox"/> 2時間未満 <input type="checkbox"/> その他 ()													
	2 時間・内容 朝食: 時 分頃 食欲 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 昼食: 時 分頃 食欲 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 夕食: 時 分頃 食欲 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし おやつ : 1日 回 食品 () ミルク : 1日 回 1回量 (ml) ミルクメーカー () 離乳食 : 1日 回 <input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 母乳 : 1日 回					5 食べづらい食べ物 <input type="checkbox"/> ドロドロしたもの <input type="checkbox"/> 固めのもの <input type="checkbox"/> パサパサしたもの <input type="checkbox"/> 酸っぱいもの <input type="checkbox"/> 汁物 <input type="checkbox"/> 特になし					4 食事にかかる時間 <input type="checkbox"/> 10分 <input type="checkbox"/> 15分 <input type="checkbox"/> 20分 <input type="checkbox"/> 25分 <input type="checkbox"/> 30分以上 5 偏食 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 好きなもの () 嫌いなもの ()													
食事	3 喫食状況 <input type="checkbox"/> 大人が食べさせる <input type="checkbox"/> 手づかみで食べる <input type="checkbox"/> スプーンなど持ちたがる <input type="checkbox"/> 自分でスプーンを口に運ぶ <input type="checkbox"/> 座って食べる イスの種類: <input type="checkbox"/> ハイチェア <input type="checkbox"/> ローチェア <input type="checkbox"/> テーブルチェア <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> ポリウレタン製(柔らかい) <input type="checkbox"/> その他 ()					6 偏食 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 好きなもの () 嫌いなもの ()					1 哺乳瓶 <input type="checkbox"/> 使っていない <input type="checkbox"/> 使っている 2 食方 <input type="checkbox"/> 自分で食べる <input type="checkbox"/> 大人が食べさせている <input type="checkbox"/> フォーク・スプーンを使っている <input type="checkbox"/> はしを使っている 3 朝食: 時 分頃 食欲 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 昼食: 時 分頃 食欲 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 夕食: 時 分頃 食欲 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし おやつ: 1日 回 食品 ()													
身のまわり						1 <input type="checkbox"/> ほとんど一人です <input type="checkbox"/> 自分でしようとする <input type="checkbox"/> 少しはする <input type="checkbox"/> できる事もある					通園経路図													
言語						2 <input type="checkbox"/> 出来るがやっけてもらいたがる 3 <input type="checkbox"/> 大人がやっけてしまう 4 <input type="checkbox"/> 出来ない 1 <input type="checkbox"/> はっきりしている <input type="checkbox"/> わかりにくい <input type="checkbox"/> 身近な人だけわかる 2 名前がわかる <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (歳 か月頃~) 3 その他 ()																		
※	0~5歳児全てのお子様にご記入ください。																							
時間	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24																							
(例)																								
一日の流れ																								
										住居 <input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> マンション等 (階) <input type="checkbox"/> その他 地域の環境 近隣環境 <input type="checkbox"/> 静かな場所 <input type="checkbox"/> 人通りが多い <input type="checkbox"/> 騒がしい 遊び場 <input type="checkbox"/> ある () <input type="checkbox"/> ない														
										家庭での教育方針														