

児童の発育・発達状況調査

※この調査票は入所決定後は入所施設に引き継ぎます。

ふりがな 児童名	
生年月日	年 月 日

出生の状況		記入日： 年 月 日	
在胎週数	週 日	妊娠中の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
出生時体重	g	出生時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）

健診の受診状況（済んでいるものにチェック）
<input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査
<input type="checkbox"/> 1か月児健診
<input type="checkbox"/> 4か月児健診
<input type="checkbox"/> 10か月児健診
<input type="checkbox"/> 1歳6か月児健診
<input type="checkbox"/> 2歳児相談
<input type="checkbox"/> 3歳児健診
<input type="checkbox"/> 5歳児発達検査
<input type="checkbox"/> その他（ ）
健診で助言を受けたことがある場合は記入

予防接種（済んでいるものにチェック・○）
<input type="checkbox"/> BCG
<input type="checkbox"/> B型肝炎（ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目）
<input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌（ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加）
<input type="checkbox"/> 五種混合（DPT-IPV-Hib） （ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加）
<input type="checkbox"/> 麻しん・風しん（MR）1期
<input type="checkbox"/> 水痘（水ぼうそう）（ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 追加）
<input type="checkbox"/> ロタウイルス（2または3回）
<input type="checkbox"/> 日本脳炎1期（ <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 追加）
<input type="checkbox"/> おたふくかぜ
<input type="checkbox"/> その他（ ）

食物アレルギー	ある場合は以下もチェック・記入ください。				
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	アレルギーの原因	<input type="checkbox"/> 卵	<input type="checkbox"/> 乳	<input type="checkbox"/> 小麦	<input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 甲殻類
		<input type="checkbox"/> その他			
	除去の程度	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> その他			
	医師の指導	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている（医療機関： ）			
	処方薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> エピペン）			
	アナフィラキシーショックを起こしたこと <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 歳 カ月頃）				
持病など	ある場合は以下もチェック・記入ください。				
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん	<input type="checkbox"/> 気管支喘息		<input type="checkbox"/> てんかん	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎
	<input type="checkbox"/> 心疾患	<input type="checkbox"/> その他（ ）			
	定期受診：	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（医療機関： ）			
	発症時期と経過：（ ）				
	集団生活で保育をするにあたって、何か対応が必要なことがありますか？				
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（具体的に： ）				
手帳の有無	ある場合は以下もチェック・記入ください。				
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	等級（ ）級	障害の種類（ ）		
	<input type="checkbox"/> 療育手帳	（ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B）	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> B）		
	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当の受給	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> 児童発達事業等通所受給者証	施設名（ ）			
		通園頻度（ ）			
気になること	<input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> 具体的に： <input type="checkbox"/> こだわりが強い <input type="checkbox"/> 目が合いにくい <input type="checkbox"/> あまり笑わない <input type="checkbox"/> 気になるくせや行動がある（ ） <input type="checkbox"/> わけもなくかんしゃく・パニックを起こすことがある <input type="checkbox"/> その他気になること（ ）				

年齢区分に関わらず、できること・できたこと全てにチェックをしてください。

0歳児頃	<input type="checkbox"/> 手足をよく動かす	現在の食事	<input type="checkbox"/> 母乳 (1日 回)	
	<input type="checkbox"/> 首がすわる		<input type="checkbox"/> 粉ミルク (1回 ml、1日 回)	
	<input type="checkbox"/> 寝返り		<input type="checkbox"/> 混合 (1回 ml、1日 回)	
	<input type="checkbox"/> 一人で座る		<input type="checkbox"/> 離乳食 初期 (1日 回)	
	<input type="checkbox"/> ハイハイ		<input type="checkbox"/> 離乳食 中期 (1日 回)	
	<input type="checkbox"/> つかまり立ち		<input type="checkbox"/> 離乳食 後期 (1日 回)	
	<input type="checkbox"/> 後追いをする		食べている物に○	
	<input type="checkbox"/> 日常の音や人の声に反応する		お粥・うどん・パン・魚・豆腐・卵・野菜・乳製品	
<input type="checkbox"/> おもちゃを見せると手をのばす	その他 ()			
1歳児頃	<input type="checkbox"/> 伝い歩き (歳 か月)			
	<input type="checkbox"/> 音楽や音に合わせて体を動かす			
	<input type="checkbox"/> 欲しいものを指さして知らせる →できない場合は、どのように知らせるか ()			
	<input type="checkbox"/> 大人の言う簡単な言葉がわかる (おいで・ちょうだいなど)			
	<input type="checkbox"/> 大人が相手になって遊んであげると喜び			
1歳6か月頃	<input type="checkbox"/> ひとり歩き (歳 か月)			
	<input type="checkbox"/> コップを持って水を飲む			
	<input type="checkbox"/> ママ、ブーブーなど意味のある言葉を話す (話す言葉:)			
	<input type="checkbox"/> 後ろから名前を呼ばれると振り向く			
	<input type="checkbox"/> ○○はどれ?と聞かれると指さしをする			
	<input type="checkbox"/> 大人の簡単な指示がわかる (ごみをポイしてきて等)			
	<input type="checkbox"/> 他の子と関りをもって遊ぶ			
2歳児頃	<input type="checkbox"/> 走る・跳ぶ・押す・引っ張るなど全身を使う遊びを楽しむ			
	<input type="checkbox"/> スプーンを使って自分で食べる			
	<input type="checkbox"/> 友だちと触れ合うことを好む			
	<input type="checkbox"/> 大人のしぐさのまねをしたりごっこ遊びを楽しむ			
	<input type="checkbox"/> 2語文 (ワンワン キタ・ジュース チョウダイなど)			
3歳児頃	<input type="checkbox"/> 3語文 (パパ 会社 行った、ママ ジュース 飲みたい など)			
	<input type="checkbox"/> 言葉のやりとりが成立する (外国籍の方: <input type="checkbox"/> 日本語 <input type="checkbox"/> 母国語)			
	<input type="checkbox"/> 自分の名前が言える			
	<input type="checkbox"/> 衣服の着脱を自分でやりたがる			
	<input type="checkbox"/> 大きい・小さいがわかる			
	<input type="checkbox"/> 手を使わず一人で階段を登る			
	<input type="checkbox"/> 色 (赤・黄・青・緑) がわかる			
	<input type="checkbox"/> クレヨンなどで○が書ける			
	<input type="checkbox"/> 好きなあそび ()			
	<input type="checkbox"/> オムツを使用 <input type="checkbox"/> 布パンツを使用 <input type="checkbox"/> 睡眠時のみオムツを使用 →オムツの場合 <input type="checkbox"/> 排尿・排便を伝える (<input type="checkbox"/> 予告できる <input type="checkbox"/> 事後報告)			
4歳児頃	<input type="checkbox"/> はさみが使える			
	<input type="checkbox"/> 階段2・3段くらいの高さから飛び降りる			
	<input type="checkbox"/> 友だちとルールのある遊びをする (じゃんけん・鬼ごっこ)			
	<input type="checkbox"/> 自分の経験したことを話す			
	<input type="checkbox"/> 排泄が自立している			
	<input type="checkbox"/> 衣服の着脱を自分でできる			
5歳児頃	<input type="checkbox"/> 物を作ったり書いたりして遊ぶ			
	<input type="checkbox"/> スキップや片足ケンケンができる			
	<input type="checkbox"/> 人の話を注意して聞く			
	<input type="checkbox"/> 思ったことや自分のしたいことを話す			
	<input type="checkbox"/> 自分からすすんで友だちを遊びに誘ったり関りをもてる			