

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"/> ポタウイルス (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	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"/> なし	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				
	処方薬	<input type="checkbox"/> 受けている (医療機関： ())				
	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 (口内服薬 <input type="checkbox"/> エピペン)			
		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (歳 力月頃)			
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	口熱性けいれん	<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"/> なし	口心疾患	<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"/> 身体障害者手帳	等級 () 級	障害の種類 ()			
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 療育手帳	(<input type="checkbox"/> A) <input type="checkbox"/> A	<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	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・できしたこと全てにチェックをしてください。

○歳 児 頃	現在 の 食 事	<input type="checkbox"/> 手足をよく動かす	<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)
	食べている物に○ お粥・うどん・パン・魚・豆腐・卵・野菜・乳製品 その他 ()	<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 ()
		<input type="checkbox"/> 伝い歩き (歳 カ月)	
1歳 児 頃	<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ぶ		
1歳 6か 月 頃	<input type="checkbox"/> ひとり歩き (歳 カ月)		
	<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)		
2歳 児 頃	<input type="checkbox"/> 他の子と関りをもって遊ぶ		
	<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		
3歳 児 頃	<input type="checkbox"/> 2語文 (ワンワン キタ・ジュース チョウダイなど)		
	<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 ()		
4歳 児 頃	<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)		
	<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		
5歳 児 頃	<input type="checkbox"/> 衣服の着脱を自分でできる		
	<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		