

# 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	令和 年 月 日

記入日：令和 年 月 日

出生の状況			
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 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 <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"/> 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	具体的に：
<input type="checkbox"/> 落ち着きがない <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ぶ		
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、プープ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		
5歳児頃	<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		
	<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		
5歳児頃	<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		