ふりがな

発達のようす(0・1・2歳児用)

児 童 氏 名		生 年 月 日	年	月	日(え か月)	
出生体重	g	現在の体重				g	
出 生 地	都·道·府·県	生 育 地					
以下の項目について、該		いします。					
・首がすわっています		<u> </u>		か月	 頃から)	□いいえ	
 ・あやすと笑いますか) \		□はい			□いいえ	
 ・目つきや目の動き	がおかしいのではないかと気になりますか		□いいえ			□はい	
・動いているものを目		□はい			□いいえ		
・見えない方向から		□はい			□いいえ		
寝返りをしますか			□はい (歳	か月頃から)	□いいえ	
・ひとりですわることに	よできますか		□はい (歳	か月頃から)	□いいえ	
・ハイハイすることが	できますか		□はい (歳	か月頃から)	□いいえ	
・つかまり立ちはでき	ますか		□はい (歳	か月頃から)	□いいえ	
・指で小さいものをご		□はい			□いいえ		
·そっと近づいてきて	ささやき声で呼びかけると振り向きますか		□はい			□いいえ	
・「アー」や「ウー」など	どの言葉を話しますか		□はい (歳	か月頃から)	□いいえ	
・手に持ったおもちゃ	をひっぱると抵抗しますか		□はい			□いいえ	
・特定の人を後追し	しますか		□はい			□いいえ	
1歳以上のお子さんについては、以下もお答えください。(0歳のお子さんの回答は不要です。)							
ひとりで立っている。	ことができますか		□はい (歳	か月頃から)	□いいえ	
・つたい歩きができま	きすか		□はい (歳	か月頃から)	□いいえ	
・バイバイ・コンニチノ		□はい			□いいえ		
・大人の言う簡単な	ますか	□はい			□いいえ		
・ひとりで歩きますか		□はい (歳	か月頃から)	□いいえ		
・パパ、ママ、など特		□はい (歳	か月頃から)	□いいえ		
・コップを自分でもつ		□はい			□いいえ		
・うしろから名前を吗		□はい			□いいえ		
話すときに目があい		口はい			□いいえ		
2歳以上のお子さんについては、以下もお答えください。(0・1歳のお子さんの回答は不要です。)							
・走ることができま	すか		□はい (歳	か月頃から)	□いいえ	
・スプーンを使って	自分で食べますか		□はい			□いいえ	
・二語文(ワンワ		□はい(歳	か月頃から)	□いいえ		
・テレビや大人の身		□はい			□いいえ		
・パンツやズボンを		口はい			□いいえ		
2歳以上のお子さんについて、該当するものに☑及び○印を記入願います。							
□ 人をたたく	□ 人をたたく (ときには・しばしば)		□ 急に泣いたり、はしゃいだりする			(ときには・しばしば)	
□ かみつく	□ かみつく (ときには・しばしば)		□ 理由なく奇声を発する			(ときには・しばしば)	
□ 物を投げる	□ 物を投げる (ときには・しばしば)		□ 一ヵ所にじっとしていることが難しい			(ときには・しばしば)	
□ 自傷行為がある	□ 自傷行為がある (ときには・しばしば)		□ 食べ物でないものを食べる■			(ときには・しばしば)	
□ 落ち着きがなく動	かきまわる (ときには・しばしば)	▶ 口にするも	50 ()	

	アトピー性皮膚炎	□ある⇒下記を記入 □ない □不明		
	具体的な症状			
	喘息	□ある⇒下記を記入 □ない		
	熱性けいれん(ひきつけ)	□ある⇒下記を記入 □ない		
	初回発症時期	年 月ごろ		
病歴	直近発症時期	年 月ごろ		
等	これまでの発症回数			
	治療中・経過観察中の病気	□ある⇒下記を記入 □ない		
	病名·症状			
	現在の状況	□治療継続中 □経過観察中 □完治している		
	通院頻度	(回/年・ 回/月・ 回/週)		
	手術予定	□ある □ない		
	発症時期	年 月		
食	食物アレルギーの有無	□ある⇒下記を記入 □ない □不明		
物 ア	制限する食品等に〇印	卵・乳・小麦・大豆・そば・その他 (
レ	症状に○印	じんましん・嘔吐・下痢・腹痛・喘息発作・その他(
ル ギ	常備薬の服用	□ある⇒下記を記入 □ない		
1	薬名、頻度	薬名() 回/日、朝・昼・夜		
	4か月健診	特に指摘なし・ 指摘あり ・未受診		
乳	10か月健診	特に指摘なし・ 指摘あり ・未受診		
幼	1歳6か月健診	特に指摘なし・ 指摘あり ・未受診		
児 健	3歳6か月健診	特に指摘なし・ 指摘あり ・未受診		
康診	相談したことや担当者から指導を受けたことがあり	ましたら下記へご記入ください		
查				
		□ある(級・度)※コピーをご提出ください。 □ない		
発	特別児童扶養手当の受給の有無	□ある □ない		
達	ことばや発達について相談している病院・施設	□ある (施設名称:) □ない		
	現在利用中の療育施設	□ある(施設名称:) ⇒下記も記入 □ない		
		(月・週 回 , 午前・午後・終日)		
お子様の健康状態にあたり、身体の発達、ことばの発達など気になることがありましたらご記入ください。				
児童の健康状態について、市の関係機関等に確認することに同意します。				
また、入所調整の際に利用申込をした保育施設へ、発達のようすの記載内容について情報提供することに同意します。				
年 月 日				
		保護者氏名		