発達のようす(3・4・5歳児用)

ふりがな					
児 童 氏 名			生 年 月 日	年 月 日(歳	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、該当	 áするものに☑及び()内は記入をお願いします。			
歩行	<u>,</u>	手の運動		ことば	
□階段が登れる		□不自由なし		□普通に話せる	
(□1段1歩・□1	段2歩)	□ハサミが使える		□大体のことは話せる	
□歩いたり、走ったりで	き る	□ 1 回切りのみ □複数切りもできる		□単語程度で、意思を伝えることができる	
□歩くが、うまく走れな	L1	□円の形に切れる □		□片言・身振りで表現する	
□一人でやっと歩く		□細かいことができない		理解	
□つかまって歩く		□片手は使える(右・左)		□大体のことは話せ、理解もしている	
□はう、つかまり立ち、	自立座位	□両手とも不自由		□話せないが相手の言うことはわかる	
□寝たきり、寝返り介見	助を要する			□話せず相手の言うこともわからない	
食事		排せつ		着脱衣	
□箸(補助なし)で1	 食べる	□自分でできる (大便・小便)		□長袖を自分で着ることができる	
□補助箸で食べる		□自分で拭ける		□半袖を自分で着ることができる	
□スプーンで食べる		□ 1 回だけなら拭くことができる		□前後も間違えない	
□水や飲み物をコップ	で自分で飲める	□自分でできるが、時に失敗する(□大便・□小便)		□一応、自立しているが、確認が必要	
□手づかみで食べる		□知らせるので連れて行く		□着るが、ボタンはめができない	
□食べさせてもらう(図	回形物)	□知らせるが手助けが必要		□簡単なものは自分で脱げる	
□食べさせてもらう(流	流動物)	□知らせない、おむつ使用		□手助けすればしようとする	
□□から摂取できない				□すべて他人にやってもらう	
□過食をする (□と	きには・□しばしば)				
□食べる物でない物を	食べる				
(□と	きには・□しばしば)				
→ 口にする物()					
行動	□指示どおり行動で	- きる □ある程度指示に従える □線	⊌り返せば従える □ま	ったく指示に従えない	
視力	□普通 □メガネ(〔□近視 □遠視 □弱視〕	聴力	□普通 □聞こえが悪い □補聴器を使用]
1π/J	□その他()		□その他()
♪ お子さんについて、該当 ^っ	するものに☑及び○€	印を記入願います。			
□ 器物を破壊する (ときには・しばしば)			□ 頭に器物を打ちつける (ときには・しばしば)		
□ 衣服を破る (ときには・しばしば)					
□ 偏食をする			(内容:		
□ 車・火・刃物などの危	 も険がわかりますか		(わかる・ ある程度わかる ・ わからない)		
□ 人や玩具に興味・関心はありますか			(示す ・ やや示す ・ 示さない)		
□ 話しかけても目が合わないことがありますか			(ない ・ 時々ある ・ ある)		
□ 同年齢の子と一緒に遊べますか			(遊べる ・ 遊べるときもある ・ 遊べない)		

	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 相談したことや担当者から指導を受けたことが		りましたら下記へご記入ください			
診査					
	 障害者手帳の有無	□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			
	利用頻度	(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			