

発達の様子（0・1・2歳児用）

ふりがな		生 年 月 日	年 月 日（ 歳 か月）
児 童 氏 名			
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、該当するものに☑及び（ ）内は記入をお願いします。

・首がすわっていますか	☐ はい（ 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で追いかけますか	☐ はい	☐ いいえ
・見えない方向から声をかけるとそちらの方を見ようとしますか	☐ 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はできますか	☐ 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
・指で小さいものをつかみますか	☐ 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
・特定の人を後追いしますか	☐ 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すか	☐ はい（ 歳 か月頃から）	☐ いいえ
・バイバイ・コンニチハなどの身振りをしますか	☐ はい	☐ いいえ
・大人の言う簡単なことば（おいで、ちょうだい）などがわかりますか	☐ 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、など特定した言葉を話しますか	☐ はい（ 歳 か月頃から）	☐ いいえ
・コップを自分でもって飲むことができますか	☐ はい	☐ いいえ
・うしろから名前を呼んだとき、振り向きますか	☐ はい	☐ いいえ
・話すときに目がありますか	☐ 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（ワンワンキタ、マンマチョウダイ）が言えますか	☐ はい（ 歳 か月頃から）	☐ いいえ
・テレビや大人の身振りのまねをしますか	☐ はい	☐ いいえ
・パンツやズボンを助けをかりて脱いだりしますか	☐ 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（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（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（ときには・しばしば）	☐ 一か所にじっとしていることが難しい（ときには・しばしば）
☐ 落ち着きがなく動きまわる（ときには・しばしば）	☐ 落ち着きがなく動きまわる（ときには・しばしば）

裏面も必ずご記入下さい。（0歳～2歳児）

病歴等	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
	具体的な症状	
	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
	直近発症時期	年 月ごろ
	これまでの発症回数	回
	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
	食物アレルギー	食物アレルギーの有無
制限する食品等に○印		卵・乳・小麦・大豆・そば・その他（ ）
症状に○印		じんましん・嘔吐・下痢・腹痛・喘息発作・その他（ ）
常備薬の服用		☐ ある⇒下記を記入 ☐ ない
薬名、頻度		薬名（ ） 回／日、朝・昼・夜
乳幼児健康診査	4か月健診	特に指摘なし・ 指摘あり ・未受診
	10か月健診	特に指摘なし・ 指摘あり ・未受診
	1歳6か月健診	特に指摘なし・ 指摘あり ・未受診
	3歳6か月健診	特に指摘なし・ 指摘あり ・未受診
	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	
発達	症状	
	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
	特別児童扶養手当の受給の有無	☐ ある ☐ ない
	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
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、入所調整に際し利用申込をした保育施設へ、発達のような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 保護者氏名印		