

児童状況書兼健康状況申告書 (人目)

児童氏名		生年月日	年	月	日
------	--	------	---	---	---

発達状況	現在の身長・体重		cm		kg	
	心身・言語等の発達において気になることがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
	「はい」の場合、気になる内容					
	首がすわった時期	<input type="checkbox"/> (か月頃)	<input type="checkbox"/> まだ		
	寝返りをした時期	<input type="checkbox"/> (か月頃)	<input type="checkbox"/> まだ		
	ひとり座りができるようになった時期	<input type="checkbox"/> (か月頃)	<input type="checkbox"/> まだ		
	這いずりができるようになった時期	<input type="checkbox"/> (か月頃)	<input type="checkbox"/> まだ		
	つかまり立ちができるようになった時期	<input type="checkbox"/> (か月頃)	<input type="checkbox"/> まだ		
	歩き始めた時期	<input type="checkbox"/> (か月頃)	<input type="checkbox"/> まだ		
	0.1歳	あやすと笑いますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
		見えない方向から声をかけてみるとそちらの方を見ようとしますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
		大人の言う簡単な言葉（おいで、ちょうだいなど）がわかりますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
		ママ・ブーブーなど意味のある言葉をいくつか話しますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
		スプーン（はし）を使って食べますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
		簡単な指示を理解できますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
	2歳以上	名前を呼ばれたら返事しますか(呼ばれたことが分かり反応する)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
		後追いをしますか（しましたか）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
		意味のある単語（物の名称など）を話しますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
		話しかけられた人と目を合わせますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
		簡単な指示を理解できますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
		衣服の着脱ができますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
		おしっこをひとりでしますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
		危険な行為を、大人の表情や簡単な言葉かけでやめる事ができますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
		あいさつ・返事など生活や遊びに必要な言葉を使えますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
		ほかの子どもや周囲に関心を示しますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
理由なく突然たいたり、かみついたり奇声をあげたりしますか		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
生活に支障をきたす程、特定のことにこだわりますか（数字・図形・水遊び・食べ物・回るものなど）		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
次のことを極端に嫌がりますか（人に触られる・大きな音など）		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
受診した健康診査		<input type="checkbox"/> 1歳6か月児健診	<input type="checkbox"/> 3歳児健診			
そのとき、何か指導はありましたか	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
「あり」の場合、指導内容						
その他、養育上心配なことや、入園後先生に伝えておきたいことがあれば記入してください。						

保育の状況	日中の保育状況	<input type="checkbox"/> 保育施設等に預けている <input type="checkbox"/> 保護者が保育している <input type="checkbox"/> 保護者以外の方が保育している <input type="checkbox"/> その他()			
	前委託先の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	前委託先がある場合	預け先 1		連絡先	
		住所	〒		
		期間	年	月	日 ~ 年 月 日
		預け先 2		連絡先	
住所		〒			
期間	年	月	日 ~ 年 月 日		
出生時の状況	生まれたときの状況	<input type="checkbox"/> 普通分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 早産 <input type="checkbox"/> 仮死			
	妊娠週数	週			
	出生時身長・体重	cm	g		
	出生時に何か異常はありましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合、具体的な内容			
健康状況	先天性の病気や慢性疾患及び発育・発達の相談等で、病院や施設に通っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合 病名・障害名 病院・施設名 通院状況			
	先天性の病気や慢性疾患による医療的ケアがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合 具体的な内容 保育施設で必要な対応			
	障害者手帳の交付を受けていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合 【種類】 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 【等級(度)】			
	けいれんやひきつけの経験はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合 時期等の具体的な内容			
	アレルギー疾患と診断されていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合 アレルギーの種類			