

# 発達の様子 (0・1・2 歳児用)

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

児童名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ か月)

出生体重 ( \_\_\_\_\_ g) 現在の体重 ( \_\_\_\_\_ g)

希望の保育時間 ( \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 ~ \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分)

◆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	<input type="checkbox"/> はい( _____ か月頃から)	<input type="checkbox"/> いいえ
・あやすと笑いますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
・動いているものを目で追いかけますか	<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
・寝返りをしますか	<input type="checkbox"/> はい( _____ 歳 _____ か月頃から)	<input type="checkbox"/> いいえ
・ひとりですわることはできますか	<input type="checkbox"/> はい( _____ 歳 _____ か月頃から)	<input type="checkbox"/> いいえ
・ハイハイすることができますか	<input type="checkbox"/> はい( _____ 歳 _____ か月頃から)	<input type="checkbox"/> いいえ
・つかまり立ちはできますか	<input type="checkbox"/> はい( _____ 歳 _____ か月頃から)	<input type="checkbox"/> いいえ
・指で小さいものをつまみますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・そっと近づいてささやき声で呼びかけると振り向きますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・「アー」や「ウー」などの言葉を話しますか	<input type="checkbox"/> はい( _____ 歳 _____ か月から)	<input type="checkbox"/> いいえ
・手に持ったおもちゃをひっぱると抵抗しますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・特定の人を後追いしますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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

・ひとりで立っていることができますか	<input type="checkbox"/> はい( _____ 歳 _____ か月から)	<input type="checkbox"/> いいえ
・つたい歩きができますか	<input type="checkbox"/> はい( _____ 歳 _____ か月から)	<input type="checkbox"/> いいえ
・バイバイ・コンニチハなどの身振りをしますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・ひとりで歩きますか	<input type="checkbox"/> はい( _____ 歳 _____ か月から)	<input type="checkbox"/> いいえ
・パパ、ママ、など特定した言葉を話しますか	<input type="checkbox"/> はい( _____ 歳 _____ か月から)	<input type="checkbox"/> いいえ
・コップを自分でもって飲むことができますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・うしろから名前を呼んだとき、振り向きますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・話すときに目が合いますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・要支援児体験保育を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい( _____ 保育園) 直近で受けた時期( _____ 年 _____ 月頃)	<input type="checkbox"/> 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

・走ることができますか	<input type="checkbox"/> はい( _____ 歳 _____ か月から)	<input type="checkbox"/> いいえ
・スプーンを使って自分で食べますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・二語文(ワンワンキタ、マンマチョウダイなど)が言えますか	<input type="checkbox"/> はい( _____ 歳 _____ か月から)	<input type="checkbox"/> いいえ
・テレビや大人の身振りのまねをしますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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○印をお願いします。

<input type="checkbox"/> 人をたたく	( _____ ときには・しばしば )	<input type="checkbox"/> 急に泣いたり、はしゃいだりする	( _____ ときには・しばしば )
<input type="checkbox"/> かみつく	( _____ ときには・しばしば )	<input type="checkbox"/> 理由なく奇声を発する	( _____ ときには・しばしば )
<input type="checkbox"/> 物を投げる	( _____ ときには・しばしば )	<input type="checkbox"/> 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 )
<input type="checkbox"/> 落ち着きがなく動きまわる	( _____ ときには・しばしば )	<input type="checkbox"/> 頭に器物を打ちつける	( _____ ときには・しばしば )

裏面も必ずご記入ください。(0歳～2歳児)

病歴等	アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> ある⇒下記を記入 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明		
	具体的な症状			
	喘息	<input type="checkbox"/> ある⇒下記を記入 <input type="checkbox"/> ない		
	具体的な症状			
	熱性けいれん(ひきつけ)	<input type="checkbox"/> ある⇒下記を記入 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ある⇒下記を記入 <input type="checkbox"/> ない		
	病名・症状			
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 完治している		
	通院頻度	( 回/年 ・ 回/月 ・ 回/週)		
	手術予定	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ある⇒下記を記入 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明		
	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 ( )		
	常用薬の服用	<input type="checkbox"/> ある⇒下記を記入 <input type="checkbox"/> ない		
	薬名、頻度	頻度 ( 回/日、朝・昼・夜 )		
健康診査	3～4か月健診	健康 ・ 指摘あり ・ 未受診		
	6～7か月健診	健康 ・ 指摘あり ・ 未受診		
	9～10か月健診	健康 ・ 指摘あり ・ 未受診		
	1歳6か月健診	健康 ・ 指摘あり ・ 未受診		
	3歳児健診	健康 ・ 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れば下記へご記入ください			
発達	症状			
	身体障害者手帳・愛の手帳の有無	<input type="checkbox"/> ある ( 級・度) ※コピーをご提出ください。 <input type="checkbox"/> 申請中 ( 級・度) <input type="checkbox"/> ない		
	ことばや発達について相談している病院・施設	<input type="checkbox"/> ある⇒下記を記入 <input type="checkbox"/> ない		
	病院・施設名に○印	子ども家庭支援センター・心身障害児総合医療療育センター・健康福祉センター・ 教育支援センター・子ども発達支援センター その他 ( )		
保育の意向	<input type="checkbox"/> 加配をつけて保育を希望 <input type="checkbox"/> 加配をつけず保育を希望 ※希望の通りに判定となるとは限りません			
お子さま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、区の関係機関等に確認することに同意します。また、観察保育を行う保育施設・利用申込みをした保育施設へ、発達のような記載内容について通知することに同意します。				
年 月 日 保護者氏名				