

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 月)

出生体重 (g) 現在の体重 (g)

◆以下の項目について、該当するものに☑及び()内への記入をお願いします。

- ・あやすと笑いますか

☐はい

☐いいえ
- ・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
- ・指で小さいものをつまみますか

☐はい

☐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

☐はい

☐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

- ・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
- ・パパ、ママ、など特定した言葉を話しますか

☐はい(歳 月 日から)

☐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
- ・話すときに目が合いますか

☐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

- ・走ることができますか

☐ はい

☐ いいえ
- ・スプーンを使って自分で食べますか

☐ はい

☐ 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

要支援児体験保育を受けたことがありますか

☐はい→(保育園) 直近に受けた時期(年 月 頃) ☐いいえ

視力	☐ 普通 ☐ メガネ(☐近視 ☐遠視 ☐弱視) ☐ その他()	聴力	☐ 普通 ☐ 聞こえが悪い ☐ 補聴器を使用 ☐ その他()
発達	症状		
	身体障害者手帳・愛の手帳の有無	☐ ある(級・度)※コピーをご提出ください。 ☐ 申請中(級・度) ☐ない	
	発達検査等受けたことがありますか	☐ ある(施設・病院名)いつ頃()☐ない 検査内容()	
	ことばや発達について相談している病院・施設	☐ ある 回数(月 回・週 回)⇒下記を記入 ☐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 ☐要支援児として保育を希望 ☐健常児として保育を希望 ※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、発達の様子の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