

発達の様子(3・4・5 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☑の記入をお願いします。

	はい	いいえ		はい	いいえ		
食 事	箸やスプーンを使って自分で食べる	☐	☐	手 の 運 動	ハサミで紙を切ることができる	☐	☐
	コップを使って自分で飲む	☐	☐		紙を小さくちぎることができる	☐	☐
	自分でほとんど食べられる	☐	☐		指先でつまむことができる	☐	☐
	過度な偏食はない	☐	☐				
	食べ物でないものは口に入れない	☐	☐				
排 泄	尿意がわかりひとりでトイレで排泄する	☐	☐	こ と ば 理 解	生活に必要な言葉のやり取りができる	☐	☐
	促されると嫌がらずにトイレに行く	☐	☐		単語や身振りでやってほしいことを伝える	☐	☐
	おむつは使っていない	☐	☐		話さないが相手の言うことはわかる	☐	☐
着 脱 衣	ひとりで着替えをし、服を片付ける	☐	☐	危 険	危ない行動を制止されると理解してやめることができる	☐	☐
	手助けがあれば着替えることができる	☐	☐		意に沿わなくても八つ当たりしない(人を叩く、自分の身体をを噛むなど)	☐	☐
	簡単なものは自分で脱げる	☐	☐				
歩 行	ひとりで階段の昇り降りができる	☐	☐				
	歩いたり、走ったりできる	☐	☐				
	自立して座れる	☐	☐				

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

行 動	☐指示どおり行動できる ☐ある程度指示に従える ☐繰り返せば従える ☐まったく指示に従えない		
視 力	☐ 普通 ☐ メガネ(☐近視 ☐遠視 ☐弱視) ☐ 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	
	ことばや発達について相談している病院・施設 病院・施設名に○印	☐ある 回数(月 回・週 回)⇒下記を記入 ☐ない 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()	
	発達検査等を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()	

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、発達のようす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