

# 発育状況調書

適切な保育のための貴重な資料となりますので具体的かつ正確にご記入ください。 令和 年 月 日現在

ふりがな		性別	生年月日			年齢(記入日時点)	
児童名		男・女	H・R	年	月	日	歳 ヶ月
ふりがな		住所・連絡先	〒				
保護者名			日中に連絡の取れる電話番号 Tel:				

※申し込み時点でまだ生まれていない児童については提出不要です。その他の場合は必ず提出してください。

## 妊娠中・出生時について

妊娠中の異常や病気	<input type="checkbox"/> なし							
	<input type="checkbox"/> あり：妊娠中毒症・切迫流産・切迫早産・ウイルス性疾患・X線照射・事故 その他( ) ※入院期間：妊娠 ヶ月から 日間							
妊娠期間	週	日	体重	g	身長	cm	頭囲	cm
分娩	自然・吸引・鉗子・帝王切開・その他							
出生	正常児・逆子・仮死・未熟児(保育器： 日間)							
黄疸	なし・普通・強(光線療法： 日間)							
哺乳力	普通・弱							

## 発育状況について

首すわり	ヶ月	寝返り	ヶ月	人見知り	ヶ月	一人で座る	ヶ月
ハイハイ	ヶ月	つかまり立ち	ヶ月	つたい歩き	ヶ月	ひとり歩き	歳 ヶ月

## 乳幼児健診の状況について

1か月児健診	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診	助言指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容： )
4か月児健診	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診	助言指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容： )
9から10か月児健診	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診	助言指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容： )
1歳6か月児健診	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診	助言指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容： )
3歳児健診	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診	助言指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容： )

## 健康状態について

今までにかかった病気	<input type="checkbox"/> 特になし		
	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> ヘルニア <input type="checkbox"/> 股関節脱臼 <input type="checkbox"/> その他の脱臼 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> その他( )		
かかった時の様子 と現在の症状	診断名	かかった時の様子	現在の症状・医師の指示・病院名など
	例) 熱性けいれん	1歳の時に40℃の熱でけいれんし、意識がなくなり救急車を呼んだ。	それ以来なし。38.5℃を超えたら座薬を入れるよう指示あり。(〇〇小児科より)
該当するもの	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 熱が出やすい <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい <input type="checkbox"/> 便秘になりやすい <input type="checkbox"/> じんましんが出やすい <input type="checkbox"/> 吐きやすい <input type="checkbox"/> その他( )		

裏面も記入してください。

栄養状況について

栄養法	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 卒乳
食物アレルギーについて	<input type="checkbox"/> アレルギーがある <input type="checkbox"/> まだわからない <input type="checkbox"/> アレルギーはない
	アレルギーがある場合、記入してください。
	・除去している食材 [ ]
	・アレルギー症状・状態 [ ]
	・アナフィラキシーショック：あり ・ なし
	・食事について配慮が必要なことがあれば記入してください。

おむつの状況について

おむつの状況	<input type="checkbox"/> はずれている <input type="checkbox"/> トイレトレーニング中である <input type="checkbox"/> はずれていない
排泄について	<input type="checkbox"/> する前に知らせる <input type="checkbox"/> した後に知らせる <input type="checkbox"/> 知らせない
トイレでの排泄	<input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 手伝えばできる <input type="checkbox"/> できない

お子さんのこれまでの状況についてあてはまるものに○を付けてください。

1歳ごろまで	家族といっしょにいるとき、話しかけるような声を出しますか。	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せんか。	はい・いいえ
	知らない人を見ると不安そうな顔をしたり、泣いたりしますか。	はい・いいえ
	後追いをしますか。	はい・いいえ
	バイバイや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
2歳ごろまで	ママ、ブーブーなど意味のあることばを話し始めた時期はいつですか。	歳 か月頃
	名前を呼ぶと、視線を合わせますか。	はい・いいえ
	スーパーなど外出時に、よく迷子になりますか。	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
	離れたところにあるおもちゃを指でさすと、その方向を見ますか。	はい・いいえ
	2語文（「わんわん きた」、「まんま ちょうだい」）など言いますか。	はい・いいえ
3歳、4歳ごろ	クレヨンなどで丸（円）を描きますか。	はい・いいえ
	自分の名前を言いますか。	はい・いいえ
	相手を気にせず一方的に話すことがありますか。	はい・いいえ
	ままごと、ヒーローごっこなどで遊んでいますか。	はい・いいえ
	公園など外で、近くにいる他のお子さんに興味を持ちますか。	はい・いいえ
	いつもの道順・やり方・手順が変わると混乱するようなことがありますか。	はい・いいえ
・集団生活の経験はありますか。 <input type="checkbox"/> ある [施設・サークル名など： ] <input type="checkbox"/> ない ・発達のことで相談している病院や施設はありますか。 <input type="checkbox"/> ある [病院・施設名： ] <input type="checkbox"/> ない ・その他、発達などで気になることがあれば記入してください。		

※お子さんの状況によっては、診断書などを提出していただくほか、面談をして入園についてご相談させていただく場合があります。

備考欄