

発 育 状 況 調 査 票

受付者印

※下記の質問に御回答ください。
※記載内容は、保育の実施が決定した場合、利用施設に通知します。

児童氏名			生年月日	年 月 日 (才 ヲ月)		性別	男・女
健診の 状況	乳児健診(5ヶ月児健診)		1歳6ヶ月児健診		3歳児健診		
	済み ・ 未		済み ・ 未		済み ・ 未		
	指摘	あり (身体の発達等) なし	指摘	あり (ことばの遅れ・身体の発達) なし	指摘	あり (ことばの遅れ・身体の発達) なし	
1 出生時の在胎週数と体重を記入してください。 (週) (g)							
2 おすわりしたのはいつ頃ですか。 <input type="checkbox"/> (ヲ月頃) <input type="checkbox"/> まだ							
3 歩き始めたのはいつ頃ですか。 <input type="checkbox"/> (ヲ月頃) <input type="checkbox"/> まだ							
4 音や声のする方に向きますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							
5 目が合いますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							
6 「おいで」「ちょうだい」などの、簡単な指示に従いますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							
7 「座って」「待って」などの指示に従いますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							
8 意味のある単語の話し始めはいつ頃ですか。 <input type="checkbox"/> (才 ヲ月頃) <input type="checkbox"/> まだ 2語文以上の話し始めはいつ頃ですか。 <input type="checkbox"/> (才 ヲ月頃) <input type="checkbox"/> まだ							
9 けいれんやひきつけを起こしたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない (歳 ヲ月頃 ℃で 回位)							
10 食物アレルギー等がありますか。 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 除去食品の種類 () 症状 () 投薬 ある ()・ない ※食物アレルギーがあり除去食の対応を希望する場合、医師の指示書等が必要になります。							
11 発達や慢性的な病気等で病院や施設等に通院や相談をしていますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 病名・障がい名 () 病院・施設名 () 通院状況 ()							
12 重い病気にかかったことがありますか。 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 病名 () 主治医又は医療機関名 () 日常生活上の注意点 ()							
13 身体障害者手帳や療育手帳をお持ちですか。 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 (級) 診断名 () 特別児童扶養手当の受給 (あり なし)							
14 保育所(園)入所にあたり、健康や発育・発達、行動やくせなどで気になることはありますか。							