

# 発達促進状況調査票

年 月 日現在

フリガナ			男・女	生年月日	年	月	日( 歳 ヶ月 )
児童氏名							
生育歴	妊娠期	正常・異常( )					
	分娩期	体重( グラム)	正常・異常( 未熟児・早産[ 週 ] )				
	首すわり	ヶ月	初語	ヶ月	初歩	歳	ヶ月
病歴	ひきつけ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ひきつけ時の発熱の状況 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ) その他( 病名及び時期 : )						
アレルギー	選択番号	選択項目	アレルギーの原因となる食物等			特記事項	
		1. 無 2. 有					
内服	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 薬品名 : 1日 回 )						
児童の状況	選択番号	選択項目 ※1週間のうち最も頻度が高い項目に該当する番号を選択番号欄に記入してください。					
		1. 父または母が保育している。 2. 祖父母が保育している。 3. 別居親族に保育を依頼している。 4. 他人に保育を依頼している。 5. 同伴就労している。 6. 認可保育施設を利用している。 7. 幼稚園に入園している。 8. 企業内託児施設へ預けている。 9. 一時保育を利用している。 10. 認可外保育施設を利用している。 11. その他 ( )					

■日常生活の状況 ※ 該当する1~4の番号に○をつけてください

		1	2	3	4
基本的 生活習慣	食事	1. 手づかみで食べるので常時介助を要する	2. スプーン・フォーク等使用するが、こぼすことが多く介助を要する	3. 多少こぼすことがあるが、箸使用がなんとかできる	4. 介助なく1人で食べることができる
	排出	1. 尿意・便意を告げない。定時排泄	2. 予告するが、付き添いが必要	3. 自分でトイレに行くが、後始末は不完全	4. 自立している
	着脱衣	1. 自分で着脱できない。全面介助を要する	2. 簡単なものは着脱するが、介助が必要	3. 一応自立しているが、確認が必要	4. 自立している
ことば	言語理解	1. 相手の言うことが分からない	2. 制止・禁止が分かる。簡単な指示に従う	3. 身近なことについて相手の言うことが分かる	4. 相手の言うことが分かる
	言語表現	1. 自分の意志や要求を訴えられない	2. 身ぶりやカタコトで要求・意志を表示	3. 言葉で要求や意志が言える	4. 見聞・経験したことを話せる
移動能力	1. 外出時は手をつなぐ必要あり。目が離せない	2. 注意をすれば集団で外出できる	3. 集団の中において、ついて歩ける	4. 近所・慣れた所なら1人で行ける	
対人関係	1. 周りへの関心なし	2. 誘われれば集団内にいられる	3. 集団活動に参加するが受動的である	4. 集団に十分適応できる	
危険回避	1. できない	2. 声をかければ立ち止まることができる	3. ほぼできる	4. できる	

■その他(病気・障がい等) ※選択項目から、該当する番号を選択番号欄に記入してください。

病気	病気の有無		病名	診断書の有無		特記事項 <small>※検査中等</small>
	選択番号	選択項目		選択番号	選択項目	
		1. 無 2. 有			1. 無 2. 有	
障がい	障がいの有無		障がい者手帳の有無		障がい種別	
	選択番号	選択項目	選択番号	選択項目	選択番号	選択項目
		1. 無 2. 有		1. 無 2. 有 (交付年月日) 20 年 月 日		10.視覚 20.聴覚 30.言語 40.肢体不自由 51.心臓 52.腎臓 53.呼吸器 54.膀胱・直腸 55.小腸 56.免疫 57.肝臓 80.知障 90.精神
心身の発達について 専門機関への相談	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 機関名( 症状( ) )		いつ頃から( 年 月頃から )			

市 記 入	児童宛先番号	保護者宛先番号

備考欄

※表面のその他(病気・障がい等)に該当がある場合、ご記入ください。

病名 :

発症時期 : 年 月 日から

症状等 :

障がいの有無: 無 有

障がい者手帳: 無 有 申請中 ( 身体障がい者手帳 級 療養手帳 級)

症状等 :

★お子さんの健康状態等、集団生活において特に配慮が必要なことがある場合、ご記入ください。