児童発達状況表（新規・転園）

☆この表はお子様を教育・保育するうえでの参考資料となりますので、お子様の様子を**正確に**ご記入ください。 　 令和　　　　年　　　　月記入

☆該当するすべての記号に〇印または、必要事項をご記入の上、申請書類と合わせてご提出ください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（令和　　　年　　　月　利用開始予定）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな児童名 | （第　　子） | 性　別 | 生　年　月　日 | 保護者氏名（連絡先） | 施設名 |
| 男　・　女 | 　　　　　年　　　　　月　　　　　日（　　　　　歳　　　　　か月） | ℡（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |
| 出生時の状況 | これまでの発達状況 | 現在の健康状態 | 現在の発達状況 | 日常生活で気になること |
| 1.出生時の体重　（　　　　　　　ｇ）2.妊娠期間　（妊娠　　　　　週）3.分娩時の状況（　正常　　仮死　　多胎児）4.産院退院後の経過観察なし・あり　（　　　　　　　　　　）5.健康診断結果・４か月　 （健康・要観察・未検）・９か月 　（健康・要観察・未検）・１歳６か月（健康・要観察・未検）・３歳　 (健康・要観察・未検）＝要観察の内容＝6.ご家族の状況などで、特記すべき事があれば、お書きください | 1.首のすわり　　　　　　　か月2.あやすと笑う　　　　　　　か月3.寝返り　　　　　　　か月4.お座り　　　　　　　か月5.人見知り　　　　　　　か月6.はいはい　　　　　　　か月7.つたい歩き　　　　　　　か月8.ひとり歩き 　　歳　　か月9.指差し 　　歳　　か月10.片言 　　歳　　か月11.二語文を話す 　　歳　　か月12.会話ができる　　　歳　　か月13.食事について（介助・手づかみ・スプーン等）14.排泄について（おむつ・介助・知らせる・自立）15.着脱について（介助・簡単な着脱・自立） | 1.現在、治療や経過観察のために継続的に通院していますか（　はい　・　いいえ　）**「はい」**の方は、以下記入ください・病名心疾患（　　　　　　）、喘息、結核てんかん、アトピー性皮膚炎その他の病気（　　　　　　　　　　）・病院名　（　　　　　　　　　　　　）・通院　（　　　月　　　回程度）・期間　（　　　年　　月頃から）・服薬　（ 　 なし　・　あり　 ）・主治医から集団保育が可能と言われていますか（　はい　・　いいえ　）2.食物アレルギーはありますか（はい・いいえ）**「あり」**の方は、以下記入ください・原因食物（　　　　　　　　　　　　）・食物除去にあたって主治医の指示がありますか（　なし　・　あり　）・アナフィラキシーを起こしたことはありますか（　なし　・　あり　） | 1.発達の心配をしていない2.発達の心配をしている　ア　ことば　イ　身体機能（上肢・下肢・他）　ウ　視覚　　　／　 エ　聴覚オ　よくわからないが、気になる　　（　　　　　　　　　　　　　　　）3.発達の遅れが認められている　ア　手帳を所持　・療育手帳（　　　級）・身体障害者手帳（　　　　級）　イ　専門機関に通所・相談　【医療機関名】　　・公立小浜病院　　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）【児童発達支援センター】　・小浜市母と子の家児童発達支援センター　【その他】　　・児童相談所　　・他（　　　　　　　　　　　　　　） | 1.おむつが取れない2.食事の心配　むら食い・遊び食べ・小食　・好き嫌い・他（　　　　　　　　）3.落ち着きがなく動き回る4.かんしゃくをおこしやすい5.視線が合わない6.極端に人見知り7.こだわりが強い8.特定の音、におい、感触に敏感９.友達とかかわって遊ぶことをしない10.その他気になることがあれば記入してください |