

# 児童の心身発育状況調査票

面接日： 月 日	<input type="checkbox"/> 保健師面接済
月 日	<input type="checkbox"/> 栄養士面接済

児童氏名： \_\_\_\_\_  
 生年月日： 年 月 日

出生の 在胎週数： 週 日  
 状況 体重： g

健診の実施状況（済んでいるものに☑）

予防接種の実施状況（定期接種）

<input type="checkbox"/> 1か月児健康診査
<input type="checkbox"/> 乳児健康診査（4~6か月児）
<input type="checkbox"/> 9か月児健康相談
<input type="checkbox"/> 1歳6か月児健康診査
<input type="checkbox"/> 2歳児歯科健康診査
<input type="checkbox"/> 3歳児健康診査
<input type="checkbox"/> 5歳児（年中児）健康相談
<input type="checkbox"/> その他（ ）

<input type="checkbox"/> インフルエンザ菌b型（Hib）	
<input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌	<input type="checkbox"/> B型肝炎
<input type="checkbox"/> ヘルペスウイルス	<input type="checkbox"/> 四種混合（DPT-IPV）
<input type="checkbox"/> 麻しん・風疹（MR）	<input type="checkbox"/> 日本脳炎
<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> その他（ ）

母子健康手帳で、健診・予防接種の状況の確認をお願いします。

※健診で助言を受けたことがある場合は内容を記入してください

\_\_\_\_\_

食物アレルギー	ある場合は以下も☑し、ご記入ください
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	●アレルギーの原因 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 甲殻類 <input type="checkbox"/> その他（ ） ●医師の指導 <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている（医療機関： ） ⇨指示内容 <input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> その他 ⇨処方薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> エピペン） ●アナフィラキシーショックを起こしたこと <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 歳 か月頃）
持病やその他	ある場合以下も☑し、通院している場合は医療機関もご記入ください
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> その他（ ） ●定期通院 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある（医療機関： ） ●発症時期と経過（ ） ●集団生活で保育をすまうか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
手帳等の有無	ある場合は以下も
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 身体障害手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 ※特別児童扶養手当の受給状況（ ） <input type="checkbox"/> 通所受給者証 施設名（ ） 通園頻度（ ）
お子さんの気になること	<input type="checkbox"/> 落ち着きがない（具体的に： ） <input type="checkbox"/> こだわりが強い <input type="checkbox"/> 目が合っていないように感じる <input type="checkbox"/> あまり笑わないように感じる <input type="checkbox"/> 気になるくせや行動などがある（具体的に： ） <input type="checkbox"/> 気に入らないことがあるとかんしゃく・パニックを起こしやすい <input type="checkbox"/> その他気になる点（ ）

食物アレルギー、心身の発達等、面接の時に必ず確認をお願いします。全体的な発達の遅れや配慮の必要な病気等があった場合は、こども課に伝達してください。

※年齢区分に関わらず、できる事・できた事全てに☑をしてください。

0歳児	<input type="checkbox"/> 裸にすると手足をよく動かす <input type="checkbox"/> 首がすわる ( か月) <input type="checkbox"/> 寝返り ( か月) <input type="checkbox"/> ひとりすわり ( か月) <input type="checkbox"/> ハイハイ ( か月) <input type="checkbox"/> つかまり立ち ( か月) <input type="checkbox"/> 後追いをする <input type="checkbox"/> 日常の音や人の声に反応する <input type="checkbox"/> おもちゃを見せると手をのばす	現在の食事 <input type="checkbox"/> 母乳 (1日 回) <input type="checkbox"/> 粉ミルク (1回 ml、1日 回) <input type="checkbox"/> 混合 (1回 ml、1日 回) <input type="checkbox"/> 離乳食 初期 (1日 回) <input type="checkbox"/> 離乳食 中期 (1日 回) <input type="checkbox"/> 離乳食 後期 (1日 回) 食べているものに○をつけてください おかゆ・うどん・パン・肉・魚・豆腐・卵・野菜・果物・乳製品 その他 ( )
1歳児	<input type="checkbox"/> 伝い歩き ( 歳 か月) <input type="checkbox"/> 音楽や音に反応して体を動かす <input type="checkbox"/> 欲しいものを指さす →できない場合 <input type="checkbox"/> 大人の言う簡単な言葉に反応する <input type="checkbox"/> 大人が相手になって遊ぶ	<b>年齢に関わらず、できること            全てにチェックが付いていま            すか？</b>
1歳6か月	<input type="checkbox"/> ひとり歩き ( 歳 か月) <input type="checkbox"/> コップを持って水を飲む <input type="checkbox"/> ママ、ブーブなど意味のある言葉を話す (話す言葉： <input type="checkbox"/> 後ろから名前を呼ぶと振り向く <input type="checkbox"/> ○○はどれ？と聞くと指さしをする <input type="checkbox"/> 大人の簡単な指示がわかる (ごみポイしてきて 等) <input type="checkbox"/> 他の子と関わりをもって遊ぶ	
2歳児	<input type="checkbox"/> 走る・跳ぶ・押す・引っ張るなど全身を使う遊びを楽しむ <input type="checkbox"/> スプーンを使って自分で食べる <input type="checkbox"/> 友達と触れ合うことを好む <input type="checkbox"/> 大人のしぐさのまねをしたりごっこ遊びを楽しむ <input type="checkbox"/> 2語文を話す (ワンワン キタ・ジュース チョウダイ)	
3歳児	<input type="checkbox"/> 3語文を話す (ママ、ジュース飲みたい・パパと公園に行った) <input type="checkbox"/> 自分の名前を言える <input type="checkbox"/> 大きい・小さいが分かる <input type="checkbox"/> 色 (赤・黄・青・緑) がわかる <input type="checkbox"/> クレヨン等で丸 (○) が書ける <input type="checkbox"/> おむつを使用 <input type="checkbox"/> パンツを使用 <input type="checkbox"/> 夜・昼寝中だけおむつを使用 →おむつ使用の場合 <input type="checkbox"/> おしっこ・ウンチを教える ( <input type="checkbox"/> 事後報告 <input type="checkbox"/> 予告できる)	<input type="checkbox"/> 言葉のやり取りが成立する 外国籍の方 ( <input type="checkbox"/> 日本語 <input type="checkbox"/> 母国語) <input type="checkbox"/> 衣服の着脱をひとりでしたがる <input type="checkbox"/> 手を使わず一人で階段を登る <input type="checkbox"/> 好きな遊び ( )
4歳児	<input type="checkbox"/> ハサミが使える <input type="checkbox"/> 階段の2・3段の高さから飛び降りる <input type="checkbox"/> 友達とルールのある遊びをする (じゃんけん・鬼ごっこ) <input type="checkbox"/> 自分の経験したことを話す <input type="checkbox"/> 排泄が自立している <input type="checkbox"/> 衣服の着脱が自分一人ができる	
5歳児	<input type="checkbox"/> 物を作ったり書いたりして遊ぶ <input type="checkbox"/> スキップや片足ケンケンができる <input type="checkbox"/> 人の話を注意して聞く <input type="checkbox"/> 思ったことや自分のしたいことを話す <input type="checkbox"/> 自分からすすんで友達を遊びに誘ったり関わりを持てる	