

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

予防接種の実施状況（済んだものに○）

出生時の状況		【定期接種】
在胎週数： 週 日 体重： g 身長： cm		<input type="checkbox"/> Hib（ヒブ） (1・2・3・追加)
異常： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）		<input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 (1・2・3・追加)
健診の実施状況（済んでいるものに☑）		<input type="checkbox"/> B型肝炎 (1・2・3)
<input type="checkbox"/> 1か月児健康診査	※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	<input type="checkbox"/> 四種混合 (1・2・3・追加)
<input type="checkbox"/> 乳児健康診査（4～6か月児）		<input type="checkbox"/> 五種混合 (1・2・3・追加)
<input type="checkbox"/> 9か月児健康相談		<input type="checkbox"/> □タウウイルス (1・2・3・追加)
<input type="checkbox"/> 1歳6か月児健康診査		<input type="checkbox"/> BCG
<input type="checkbox"/> 2歳児歯科健康診査		<input type="checkbox"/> 麻しん・風しん (1期)
<input type="checkbox"/> 3歳児健康診査		<input type="checkbox"/> 水痘 (1・2)
<input type="checkbox"/> 5歳児（年中児）健康相談		<input type="checkbox"/> 日本脳炎 (1・2)
<input type="checkbox"/> その他（ ）		【任意接種】
		<input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> インフルエンザ
		<input type="checkbox"/> その他（ ）

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"/> 木の実 <input type="checkbox"/> 甲殻類 <input type="checkbox"/> その他（ ） ●発症時期と症状（ ） ●医師の指導 <input type="checkbox"/> 受けている（医療機関： ） <input type="checkbox"/> 受けていない ⇨指示内容 <input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> その他（ ） ⇨処方薬 <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> エピペン） <input type="checkbox"/> なし ●アナフィラキシーショックを起こしたこと <input type="checkbox"/> あり（ 歳 か月頃） <input type="checkbox"/> なし

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（ 回） <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 心疾患（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ） ※医療的ケア児に該当する場合は、別紙申込書が必要です。 ●発症時期と経過（ ） ●定期通院 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある（医療機関： ） ●処方薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある（内服薬・軟膏 1日 回、他 ） ●医療行為 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある（具体的な内容： ） ●集団生活で保育をするにあたって何か対応が必要なことはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（具体的に： ）

手帳等の有無	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	<input type="checkbox"/> 身体障害手帳（ 級）障害の種類（ ） <input type="checkbox"/> 療育手帳（ <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2） ※特別児童扶養手当の受給⇨ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <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 <input type="checkbox"/> こだわりが強い <input type="checkbox"/> 気になるくせや行動などがある <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 { どのような状況か具体的にご記入ください } <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"/> 偏食・小食（ ） <input type="checkbox"/> その他気になる点（ ）
-------------	---

現在の 食事 (該当部分 に☑)	【食事の進行状況】	【食べたことがないものに○】
	<input type="checkbox"/> 離乳食 未開始 <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) <input type="checkbox"/> 離乳食 完了期 (1日 回) <input type="checkbox"/> 幼児食 (1日 回)	おかゆ、ごはん、うどん、パン、大豆製品(豆腐など)、 魚、卵、肉、野菜、果物、乳製品、その他() 【母乳・ミルクの状況】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 母乳 (1日 回) <input type="checkbox"/> ミルク (1回 ml、1日 回) <input type="checkbox"/> 混合 (母乳 回、ミルク ml 回)

※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	<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"/> 後追いをする <input type="checkbox"/> 寝返り (か月) <input type="checkbox"/> 日常の音や人の声に反応する <input type="checkbox"/> ひとりすわり (か月) <input type="checkbox"/> おもちゃを見せると手をのばす <input type="checkbox"/> ハイハイ (か月) <input type="checkbox"/> つかまり立ち (か月)
1歳	<input type="checkbox"/> 伝い歩き (歳 か月) <input type="checkbox"/> 音楽や音に合わせて体を動かす <input type="checkbox"/> 欲しいものを指さして知らせる →できない場合どのように知らせるか () <input type="checkbox"/> 大人の言う簡単な言葉が分かる (おいで・ちょうだい 等) <input type="checkbox"/> 大人が相手になって遊んであげると喜ぶ
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	<input type="checkbox"/> 走る・両足で跳ぶ・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	<input type="checkbox"/> 3語文を話す <input type="checkbox"/> 言葉のやり取りが成立する (ママ、ジュース飲みたい・パパと公園に行った) 外国籍の方 (<input type="checkbox"/> 日本語 <input type="checkbox"/> 母国語) <input type="checkbox"/> 自分の名前を言える <input type="checkbox"/> 衣服の着脱をひとりでしたがる <input type="checkbox"/> 大きい・小さいが分かる <input type="checkbox"/> 手を使わず一人で階段を登る <input type="checkbox"/> 色 (赤・黄・青・緑) がわかる <input type="checkbox"/> 好きな遊び () <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)
4歳	<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"/> 排泄が自立している <input type="checkbox"/> 衣服の着脱が自分一人のできる <input type="checkbox"/> 自分の経験したことを話す <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)
5歳	<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