

児童状況確認書

記入日 年 月 日

対象児童	性別	生年月日	年齢 ※4月1日時点	第1希望施設名
フリガナ				
氏名		. .		
1 乳児期の発達状況について		2 乳幼児健診の結果について		
首すわり () ヶ月頃	1 ヶ月児健診	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 未受診	指導・助言内容 ※要観察の場合のみ記入	
寝返り () ヶ月頃	3 ヶ月児健診	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 未受診		
おすわり () ヶ月頃	7 ヶ月児健診	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 未受診		
はいはい () ヶ月頃	1歳6 ヶ月児健診	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 未受診		
つかまり立ち () ヶ月頃	3歳児健診	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 未受診		
つたい歩き () ヶ月頃				
ひとり歩き () ヶ月頃				
3 健康状態について ※病気や症状によっては医師の指示書等を提出していただく場合があります。				
現在治療中の病気等 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		現在服用している薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		健康上のことで、気になることや伝えておきたいこと等があればご記入ください。		
起こりやすい症状等 (例: けいれん、脱臼等) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
4 生活習慣等について				
食事	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 離乳食 (<input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 完了期) <input type="checkbox"/> 普通食			
	<input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 自分で食べようとする <input type="checkbox"/> 自分で食べる (<input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> スプーン・フォーク <input type="checkbox"/> はし)			
睡眠	朝起きる時間 () 時頃	夜寝る時間 () 時頃	昼寝を <input type="checkbox"/> している () 時頃 () 時間程度 <input type="checkbox"/> していない	
排泄	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 夜や外出時のみおむつ <input type="checkbox"/> オマル <input type="checkbox"/> トイレ (<input type="checkbox"/> 自分ではできないが知らせる <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 自分でできる)			
着脱	<input type="checkbox"/> 自分でできない <input type="checkbox"/> 介助があればできる (簡単なものは自分でできる) <input type="checkbox"/> 自分でできる			
ことば	<input type="checkbox"/> クーイング・喃語程度 (あー、うーなど) <input type="checkbox"/> 単語程度 <input type="checkbox"/> 二語文程度 <input type="checkbox"/> 日常会話ができる			
視覚	施設の利用において、配慮が必要なことがありますか。(例: 弱視のため部分的な介助を要する。) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容:)			
聴覚	施設の利用において、配慮が必要なことがありますか。(例: 聞こえが悪い。補聴器を使用している。) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容:)			
今までに発達上のことで、専門機関 (こども発達センター、保健センター等) に相談されたことがありますか。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (機関名: 内容:)				
発達上のことで、気になることや伝えておきたいこと等があればご記入ください。				
5 希望施設等での見学・面談について				
<input type="checkbox"/> 見学・面談を行った (<input type="checkbox"/> 対象児童と一緒に <input type="checkbox"/> 保護者のみで) <input type="checkbox"/> 見学・面談を行う予定 (<input type="checkbox"/> 対象児童と一緒に <input type="checkbox"/> 保護者のみで) <input type="checkbox"/> 見学・面談を行っていない			施設名 ※行った・行う予定の場合のみ記入	