

発達状況表(新規・転園)

◎お子さま1名につき1枚提出してください。
◎お子さまの発達状況を理解し、教育・保育をするうえで必要ですので、記入日現在の状態を正確にご記入ください。
◎記載内容について、子育て支援課よりお問い合わせさせていただく場合があります。
また、お子さまのより良い支援につなげるため、町保健師に共有させていただく場合があります。

記入日 令和 年 月 日
保護者氏名

児童氏名		性別	男・女	生年月日	令和	年	月	日
出生	生まれた時の状況		☐ 普通分娩 ☐ 帝王切開 ☐ 吸引 ☐ 早産 ☐ 仮死					
	出生時の身長・体重		() cm	() g				
	出生時になにか異常はありましたか		☐ はい ☐ いいえ	※病名等 ()				
健康 状況	先天性の病気や慢性疾患、発育・発達の相談等で病院等に通っていますか		☐ はい ☐ いいえ					
	※「はい」の場合 病名、障害名等		()					
	先天性の病気や慢性疾患による医療ケアの必要がありますか		☐ はい ☐ いいえ					
	※「はい」の場合 保育施設で必要な対応		()					
	けいれんやひきつけ、てんかんの経験はありますか		☐ はい ☐ いいえ					
	※「はい」の場合 時期や頻度などの状況		()					
	心疾患や喘息、結核の経験はありますか		☐ はい ☐ いいえ					
	※「はい」の場合 病院名 () 通院 () 月 年 回数 () 月頃から 服薬 () あり・なし () 期間 () 月 主治医から集団保育が可能といわれていますか ☐ はい ☐ いいえ							
	過去に大きな病気をしたことがありますか		☐ はい ☐ いいえ					
	※「はい」の場合 病名 () 病院名 () 期間 () 年 月頃 入園に関し、主治医に相談していますか ☐ はい ☐ いいえ							
発達 状況	アレルギー疾患と診断されていますか		☐ はい ☐ いいえ					
	※「はい」の場合 アレルギーの種類・内容		()					
	上記アレルギーによりアナフィラキシーを起こしたことはありますか		☐ はい ☐ いいえ		直近で、() 年 月頃			
	心身、言語等の発達において気になることがありますか		☐ はい ☐ いいえ					
	※「はい」の場合 気になること () 相談・受診機関 ()							
	首がすわった時期		☐ () か月頃		☐ まだ			
	ハイハイができるようになった時期		☐ () か月頃		☐ まだ			
	歩き始めた時期		☐ () か月頃		☐ まだ			
	0歳、1歳、2歳の児童							
	あやすと笑いますか		☐ はい ☐ いいえ					
名前を呼ばれると、目を合わせたり顔を向けたりしますか		☐ はい ☐ いいえ						
大人の言う簡単な言葉(おいで、ちょうだいなど)がわかりますか		☐ はい ☐ いいえ						
ママ、ブーブーなど意味のある言葉をいくつか話しますか		☐ はい ☐ いいえ						
簡単な指示を理解できますか		☐ はい ☐ いいえ						
名前を呼ばれたら返事をしますか(呼ばれたことがわかり反応する)		☐ はい ☐ いいえ						
後追いをしますか(しましたか)		☐ はい ☐ いいえ						
3歳以上の児童								
自分の思いや要求を言葉で相手に伝えますか		☐ はい ☐ いいえ						
話しかけられた人と目を合わせますか		☐ はい ☐ いいえ						
衣服の着脱ができますか		☐ はい ☐ いいえ						
排泄をトイレでしますか		☐ はい ☐ いいえ						
危険な行為を、大人の表情や簡単な呼びかけでやめることができますか		☐ はい ☐ いいえ						
あいさつ・返事など生活や遊びに必要な言葉を使えますか		☐ はい ☐ いいえ						
他の子どもや周囲に関心を示し、かかわることを好みますか		☐ はい ☐ いいえ						
突然たいたり、かみついたり奇声をあげることがありますか		☐ はい ☐ いいえ						
特定のものにこだわりが強く、対応に困ることがありますか		☐ はい ☐ いいえ						
(数字・図形・水遊び・偏食・活動の切り替え・回るものなど)								
乳 幼 児 健 診	健診時に指摘事項はありましたか		☐ はい ☐ いいえ					
	いつの健診のことですか、また指摘事項		() 健診のとき 内容 ()					
	の内容はどのようなものですか		() 健診のとき 内容 ()					
指摘を受けた内容について、現在はどのような状況ですか		☐ 問題なし ☐ 経過観察 ☐ その他()						
発達 支援	障害者手帳をお持ちですか		☐ はい ☐ いいえ ☐ 申請中					
	手帳の種類と等級を教えてください		☐ 身体障害者手帳 () 級 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 () 級 ☐ 療育手帳 ()					
	児童発達支援・療育		☐ 現在利用(通所)している ☐ 以前利用(通所)していた ☐ 予定がある ☐ 上のいずれにも該当しない ☐ その他()					
	※以前または現在の利用や、利用予定がある場合		事業所の名称 () 利用期間 年 月 日～ 年 月 日					
その他、お子さんの保育について心配なこと・保育士に伝えておきたいことがあれば自由に記入してください。								