

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。

保護者氏名 _____ 記入日 令和 年 月 日

児童氏名 _____ ☐ 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			
	出生時に何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 ()				
		病院、医療機関名 ()				
		通院 () に () 回程度	現在 (☐ 加療中 ・ ☐ 経過観察中)			
	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 ()				
健 康 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 () 回程度			
		服薬 (☐ あり ・ ☐ なし)	期間 () 年 () 月頃			
		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 ()			
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 (令和 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			
	つかまり立ちができるようになった時期	☐ () か月頃	☐ まだ			
発 達 状 況	おすわりができるようになった時期	☐ () か月頃	☐ まだ			
	寝返り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 () か月頃から	☐ 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 () か月頃から	☐ 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 () か月頃から	☐ いいえ			
	ママ、プーなど意味のある言葉をいくつか話しますか	☐ はい () か月頃から	☐ いいえ			
	簡単な指示を理解できますか	☐ はい () か月頃から	☐ 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 () か月頃から	☐ いいえ			
発 達 状 況	後追いをしますか(しましたか)	☐ はい () か月頃から	☐ 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				
乳 幼 児 健 診	(数字・図形・水遊び・偏食・活動の切り替え・回るものなど)					
	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、また指摘事項の内 容はどのようなものですか	() 健診のとき 内容()	() 健診のとき 内容()			
発 達 支 援	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 ()		
	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 ()				
発 達 支 援	児童発達支援・療育	☐ 現在利用(通所)している	☐ 現在利用(通所)している	☐ 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 令和 年 月 日 ~ 令和 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。						