

# 発達状況調査票

現在のお子さんに該当する項目を○で囲むか、必要事項を記入してください。(複数回答可)

		記入日	令和	年	月	日
児童氏名	男・女	生年月日	平成・令和	年	月	日
			( 歳	か月)		
<b>◆ 日常生活の状況</b>						
食 事	1. ( 母乳・ミルク ) を飲んでいる。 ミルクの名称( ) 2. 離乳食を大人に食べさせてもらう。 3. 離乳食を手づかみで食べられる。 4. ( スプーン・フォーク・はし ) を使って食べようとするが、手助けが必要である。 5. ( スプーン・フォーク・はし ) を使って1人で食べることができる。					
排 泄	1. ( 常時・時々・就寝時のみ ) おむつを使用している。 2. ひとりではできないが、尿意・便意を知らせることができる。 3. ひとりでトイレに行くが、後始末は大人の手助けが必要である。 4. ( うんちのみ・おしっこのみ・うんちもおしっこも ) ひとりでできる。					
着 脱 衣	1. 大人にしてもらう。 2. 簡単なものはひとりでできる。( 着る・脱ぐ )( くつ・靴下・上着・パジャマ ) 3. ひとりで着脱できる。					
こ と ば	1. 「あー」「うー」など話しかけるような声を出す。 2. ママ、ブーブーなど意味のあることばをいくつか話すことができる。 3. 2語文(わんわんきた、まんまちょうだい)を話すことができる。 4. 3語文(パパは、会社に行った)を話すことができる。 5. 大人と日常会話のやりとりができる。					
<b>◆ 生育歴</b>						
・ 出生時の在胎週数と体重を記入		( 週 ) ( g )				
・ 首がすわったのはいつ頃ですか		<input type="checkbox"/> ( か月頃 ) <input type="checkbox"/> まだ				
・ おすわりしたのはいつ頃ですか		<input type="checkbox"/> ( か月頃 ) <input type="checkbox"/> まだ				
・ 歩き始めたのはいつ頃ですか		<input type="checkbox"/> ( か月頃 ) <input type="checkbox"/> まだ				
・ 音や声のするほうに向きますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
・ 目が合いますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
・ 「おいで」「ちょうだい」などの簡単な指示に従いますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
・ 「座って」「待って」などの指示に従いますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
・ 意味のある単語の話し始めはいつ頃ですか		<input type="checkbox"/> ( 歳 か月頃 ) <input type="checkbox"/> まだ				
・ 2語文以上の話し始めはいつ頃ですか		<input type="checkbox"/> ( 歳 か月頃 ) <input type="checkbox"/> まだ				
<b>◆ 健康面</b>						
・ 健診の状況について						
<1歳6か月児健診>			<3歳児健診>			
受診: 済 (市町村名 ) ・ 未			受診: 済 (市町村名 ) ・ 未			
指摘: あり( ことばの遅れ・身体の発達 ) ・ なし			指摘: あり( ことばの遅れ・身体の発達 ) ・ なし			
・ けいれんやひきつけを起こしたことがありますか		<input type="checkbox"/> ある( 歳 か月頃 °C で 回位 ) <input type="checkbox"/> ない				
・ 食物アレルギー等がありますか		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない				
(ある場合) 食品の種類( )						
症状( )						
除去食の実施 あり・なし						
投薬 あり( ) ・ なし						
・ 発達や慢性的な病気等で病院や施設等に通院や相談をしていますか※		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
(ある場合) 病名・障がい名( )						
病院・施設名( )						
通院状況( 月 回 )						
保育施設での保育時間中の投薬・注射(エピペン・インシュリン)の必要性 あり・なし						
日常生活上の注意点( )						
・ 重い病気にかかったことがありますか		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない				
(ある場合) 病名( )						
病院名( )						
日常生活上の注意点( )						
・ 身体障害者手帳や療育手帳をお持ちですか		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない				
(ある場合) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳( 級 )						
<input type="checkbox"/> 療育手帳( 級 )						
<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当( 級 )						
・ 保育施設入所にあたり、食事や発育・発達、行動などで気になることはありますか						
<div style="font-size: 4em; font-weight: bold;">[ ]</div>						

※お子さんの状況に応じて、別途医師による「主治医意見書」等を依頼する場合があります。

# 発達状況調査票

## 記入例

現在のお子さんに該当する項目を○で囲むか、必要事項を記入してください。(複数回答)

		記入日	令和 5年 11月 1日
児童氏名	那珂 ひまわり	男(女)	平成 (令和) 2年 10月 30日 ( 3歳 か月)
◆ 日常生活の状況			
食事	1. ( 母乳・ミルク )を飲んでいる。 ミルクの名称( )		
	2. 離乳食を大人に食べさせてもらう。		
排泄	3. 離乳食を手づかみで食べられる。		
	4. ( スプーン・フォーク・はし )を使って食べようとするが、手助けが必要である。		
着脱衣	5. ( スプーン・フォーク・はし )を使って1人で食べることができる。		
	1. ( 常時・時々・就寝時のみ )おむつを使用している。		
ことば	2. ひとりではできないが、尿意・便意を知らせることができる。		
	3. ひとりでトイレに行くが、後始末は大人の手助けが必要である。		
ことば	4. ( うんちのみ・おしっこのみ・うんちもおしっこも )ひとりで行ける。		
	1. 大人にしてもらう。		
ことば	2. 簡単なものはひとりでできる。(着る・脱ぐ)(くつ・靴下・上着・パジャマ)		
	3. ひとりで着脱できる。		
ことば	1. 「あー」「うー」など話しかけるような声を出す。		
	2. ママ、ブーブーなど意味のあることばをいくつか話すことができる。		
ことば	3. 2語文(わんわんきた、まんまちょうだい)を話すことができる。		
	4. 3語文(パパは、会社に行った)を話すことができる。		
ことば	5. 大人と日常会話のやりとりができる。		
	◆ 生育歴		
・ 出生時の在胎週数と体重を記入		( 38週 ) ( 3200g )	
・ 首がすわったのはいつ頃ですか		<input checked="" type="checkbox"/> ( 3 か月頃 ) <input type="checkbox"/> まだ	
・ おすわりしたのはいつ頃ですか		<input checked="" type="checkbox"/> ( 7 か月頃 ) <input type="checkbox"/> まだ	
・ 歩き始めたのはいつ頃ですか		<input checked="" type="checkbox"/> ( 1歳3か月頃 ) <input type="checkbox"/> まだ	
・ 音や声のするほうに向きますか		<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
・ 目が合いますか		<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
・ 「おいで」「ちょうだい」などの簡単な指示に従いますか		<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
・ 「座って」「待って」などの指示に従いますか		<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
・ 意味のある単語の話し始めはいつ頃ですか		<input checked="" type="checkbox"/> ( 1歳 6か月頃 ) <input type="checkbox"/> まだ	
・ 2語文以上の話し始めはいつ頃ですか		<input checked="" type="checkbox"/> ( 2歳 か月頃 ) <input type="checkbox"/> まだ	
◆ 健康面			
・ 健診の状況について			
<1歳6か月児健診>		<3歳児健診>	
受診: 済 (市町村名 那珂市 ) ・ 未		受診: 済 (市町村名 ) (未)	
指摘: あり (ことばの遅れ・身体の発達) ・ なし		指摘: あり (ことばの遅れ・身体の発達) ・ なし	
・ けいれんやひきつけを起こしたことがありますか		<input type="checkbox"/> ある ( 歳 か月頃 °Cで 回位 ) <input checked="" type="checkbox"/> ない	
・ 食物アレルギー等がありますか		<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
(ある場合) 食品の種類: 卵			
症状: じんましんが出る			
除去食の実施: あり ・ なし			
投薬: あり ( ) (なし)			
・ 発達や慢性的な病気等で病院や施設等に通院や相談をしていますか		<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
(ある場合) 病院・施設名: 発達相談センターすまいる			
病名・障がい名・相談内容: 身体の成長がゆっくり			
通院状況: ( 月 回 )			
保育施設での保育時間中の投薬・注射(エピペン・インシュリン)の必要性: あり (なし)			
日常生活上の注意点:			
・ 重い病気にかかったことがありますか		<input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない	
(ある場合) 病名:			
病院名:			
日常生活上の注意点:			
・ 身体障害者手帳や療育手帳をお持ちですか		<input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない	
(ある場合) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( 級 )			
<input type="checkbox"/> 療育手帳 ( 級 )			
<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 ( 級 )			
・ 保育施設入所にあたり、食事や発育・発達、行動などで気になることはありますか			
怒ると泣いて人の腕を噛むことがあります 身体が小さいため、食べる量も少ないです			

※お子さんの状況に応じて、別途医師による「主治医意見書」等を依頼する場合があります。