

児童状況申告書

児童氏名  満年齢 ( ) 歳 ( ) か月

保育の状況	日中の保育状況	<input type="checkbox"/> 保育施設等に預けている <input type="checkbox"/> 保護者が保育している <input type="checkbox"/> 同伴就労 <input type="checkbox"/> 保護者以外の方が保育している <input type="checkbox"/> その他( )		
	いままでに利用したことのある保育施設	<input type="checkbox"/> 有り( ) か所 <input type="checkbox"/> 無し		
		利用施設名1	名称	
		利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	利用施設名2	名称		
		利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
出生	生まれた時の状況	<input type="checkbox"/> 普通分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 早産 <input type="checkbox"/> 仮死		
	出生時の身長・体重	( ) cm ( ) kg		
	出生時に何か異常はありましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※「はい」の場合(病名等)		
	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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※「はい」の場合 病名、障がい名等 ( )		
健康状況	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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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の経験はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※「はい」の場合 時期や頻度などの状況 ( )		
	アレルギー疾患と診断されていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※「はい」の場合 詳しい状況 ( )		
	母乳やミルクを飲んでいますか	<input type="checkbox"/> 完全母乳 <input type="checkbox"/> 母乳&ミルク <input type="checkbox"/> ミルクのみ <input type="checkbox"/> 卒乳している		
離乳食を始めていますか	<input type="checkbox"/> 始めている( ) か月頃開始 <input type="checkbox"/> 始めていない <input type="checkbox"/> 完了している			
発達状況	現在の身長・体重	( ) cm ( ) kg		
	心身、言語等の発達において気になることがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※「はい」の場合 気になること ( )		
	首がすわった時期	<input type="checkbox"/> ( ) か月頃 <input type="checkbox"/> まだ		
	ハイハイができるようになった時期	<input type="checkbox"/> ( ) か月頃 <input type="checkbox"/> まだ		
	歩き始めた時期	<input type="checkbox"/> ( ) か月頃 <input type="checkbox"/> まだ		
	0歳、1歳、2歳の児童			
	あやすと笑いますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	スプーン、フォーク、はしを使って食べますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	簡単な指示を理解できますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	名前を呼ばれたら返事しますか(呼ばれたことがわかり反応する)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	後追いをしますか(しましたか)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
話しかけられた人と目を合わせますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
衣服の着脱ができますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
おしっこ、うんちをトイレでしますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
危険な行為を、大人の表情や簡単な言葉かけでやめる事ができますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
ほか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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
突然たたいたり、かみついたり奇声をあげることがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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(数字・図形・水遊び・偏食・活動の切り替え・回るものなど)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
乳幼児健診	今まで乳幼児健診等で指導されたことがありますか。健診名と指導された内容を記入してください。 例～4か月健診で首のすわりが十分でなかったが、再検診で問題なしと言われた/1歳6か月健診で言葉が出ていなかったため、来月またみてもらうことになっている。 ( )			
その他、養育上心配なこと・保育士に伝えておきたいことがあれば記入してください。				