

# 発達の様子 (3・4・5 歳児用)

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

児童名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ か月)  
 出生体重 ( \_\_\_\_\_ g) 現在の体重 ( \_\_\_\_\_ g) 第一希望園 \_\_\_\_\_  
 希望の保育時間 ( \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 ~ \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分)

◆以下の項目について、該当するものに☑及び○印をお願いします。

歩 行	手の運動	ことば
<input type="checkbox"/> 階段が登れる ( <input type="checkbox"/> 1段1歩 ・ <input type="checkbox"/> 1段2歩 ) <input type="checkbox"/> 歩いたり、走ったりできる <input type="checkbox"/> 歩くが、うまく走れない <input type="checkbox"/> 一人でやっと歩く <input type="checkbox"/> つかまって歩く <input type="checkbox"/> はう、つかまり立ち、自立座位 <input type="checkbox"/> 寝たきり、寝返り介助を要する	<input type="checkbox"/> 不自由なし <input type="checkbox"/> ハサミが使える ( <input type="checkbox"/> 1回切りのみ <input type="checkbox"/> 連続切りもできる <input type="checkbox"/> 円の形に切れる ) <input type="checkbox"/> 細かいことができない <input type="checkbox"/> 片手は使える(右・左) <input type="checkbox"/> 両手とも不自由	<input type="checkbox"/> 普通に話せる <input type="checkbox"/> 大体のことは話せる <input type="checkbox"/> 単語程度で、意思を伝えることができる <input type="checkbox"/> 片言・身振りで表現する <b>理解</b> <input type="checkbox"/> 話せないが相手の言うことはわかる <input type="checkbox"/> 話せず相手の言うこともわからない
食 事	排せつ	着脱衣
<input type="checkbox"/> 箸(補助なし)で食べる <input type="checkbox"/> 補助箸で食べる <input type="checkbox"/> スプーンで食べる <input type="checkbox"/> 水や飲み物をコップで自分で飲める <input type="checkbox"/> 手づかみで食べる <input type="checkbox"/> 食べさせてもらう(固形物) <input type="checkbox"/> 食べさせてもらう(流動物) <input type="checkbox"/> 口から摂取できない <input type="checkbox"/> 過食をする <input type="checkbox"/> 食べる物でない物を食べる <input type="checkbox"/> 偏食の程度(内容: _____ )	<input type="checkbox"/> 自分でできる(大便・小便) <input type="checkbox"/> 自分で拭ける <input type="checkbox"/> 1回だけなら拭く動作ができる <input type="checkbox"/> 自分でできるが、時に失敗する ( <input type="checkbox"/> 大便 ・ <input type="checkbox"/> 小便 ) <input type="checkbox"/> 知らせるので連れて行く <input type="checkbox"/> 知らせるが手助けが必要 <input type="checkbox"/> 知らせない、おむつ使用	<input type="checkbox"/> 長袖を自分でできる <input type="checkbox"/> 半袖を自分でできる <input type="checkbox"/> 前後も間違えない <input type="checkbox"/> 一応自立しているが、確認が必要 <input type="checkbox"/> 着るが、ボタンはめができない <input type="checkbox"/> 簡単なものは自分で脱げる <input type="checkbox"/> 手助けすればしようとする <input type="checkbox"/> すべて他人にやってもらう
<b>行動</b>	<input type="checkbox"/> 指示どおり行動できる <input type="checkbox"/> ある程度指示に従える <input type="checkbox"/> 繰り返せば従える <input type="checkbox"/> まったく指示に従えない	
<b>視力</b>	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> メガネ( <input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 弱視 ) <input type="checkbox"/> その他( _____ )	<b>聴力</b>
		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえが悪い <input type="checkbox"/> 補聴器を使用 <input type="checkbox"/> その他( _____ )

<input type="checkbox"/> 器物を破壊する	( _____ ときには・しばしば )	<input type="checkbox"/> 頭に器物を打ちつける	( _____ ときには・しばしば )
<input type="checkbox"/> 衣服を破る	( _____ ときには・しばしば )	<input type="checkbox"/> 過食をする	( _____ ときには・しばしば )
		<input type="checkbox"/> 食べる物でない物を食べる	( _____ ときには・しばしば )
偏食をしますか	( _____ しない・する⇒内容: _____ )		
車・火・刃物などの危険がわかりますか	( _____ わかる・ある程度わかる・わからない )		
人や玩具に興味・関心はありますか	( _____ 示す・やや示す・示さない )		
話しかけても目が合わないことがありますか	( _____ ない・時々ある・ある )		
同年齢の子と一緒に遊べますか	( _____ 遊べる・遊べるときもある・遊べない )		
要支援児体験保育を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい→( _____ 保育園 ) →直近に受けた時期( _____ 年 _____ 月頃) <input type="checkbox"/> いいえ		

裏面も必ずご記入ください。

病歴等	アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> ある⇒下記を記入 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明
	具体的な症状	
	喘息	<input type="checkbox"/> ある⇒下記を記入 <input type="checkbox"/> ない
	具体的な症状	
	熱性けいれん(ひきつけ)	<input type="checkbox"/> ある⇒下記を記入 <input type="checkbox"/> ない
	初回発症時期	年 月 日
	直近発症時期	年 月 日
	これまでの発症回数	回
	治療中・経過観察中の病気	<input type="checkbox"/> ある⇒下記を記入 <input type="checkbox"/> ない
	病名・症状	
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 完治している
	通院頻度	( 回/年 ・ 回/月 ・ 回/週 )
	手術予定	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
発症時期	年 月	
食物アレルギー	食物アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> ある⇒下記を記入 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明
	制限する食品等に○印	卵・乳・小麦・大豆・そば・その他 ( )
	症状に○印	じんましん・嘔吐・下痢・腹痛・喘息発作・その他 ( )
	常用薬の服用	<input type="checkbox"/> ある⇒下記を記入 <input type="checkbox"/> ない
	薬名、頻度	頻度 ( 回/日、朝・昼・夜 )
健康診査	3～4か月健診	健康 ・ 指摘あり ・ 未受診
	6～7か月健診	健康 ・ 指摘あり ・ 未受診
	9～10か月健診	健康 ・ 指摘あり ・ 未受診
	1歳6か月健診	健康 ・ 指摘あり ・ 未受診
	3歳児健診	健康 ・ 指摘あり ・ 未受診
	相談したことや担当者から指導を受けたことがあれば下記へご記入ください	
発達	症状	
	身体障害者手帳・愛の手帳の有無	<input type="checkbox"/> ある ( 級・度 ) ※コピーをご提出ください。 <input type="checkbox"/> 申請中 ( 級・度 ) <input type="checkbox"/> ない
	ことばや発達について相談している病院・施設	<input type="checkbox"/> ある⇒下記を記入 <input type="checkbox"/> ない
	病院・施設名に○印	子ども家庭支援センター・心身障害児総合医療療育センター・健康福祉センター・ 教育支援センター・子ども発達支援センター その他 ( )
保育の意向	<input type="checkbox"/> 加配をつけて保育を希望 <input type="checkbox"/> 加配をつけず保育を希望 ※希望の通りに判定となるとは限りません	
お子さまの健康状態にあたり、身体の発達、ことばの発達など気になることがありましたらご記入ください。		
児童の健康状態について、区の関係機関等に確認することに同意します。また、観察保育を行う保育施設・利用申込みをした保育施設へ、発達のような記載内容について通知することに同意します。		
年 月 日 保護者氏名		

