|  |  |
| --- | --- |
| **発達のようす（0・1・2 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） |
| **◆以下の項目について、該当するものに☑及び（　　　）内への記入をお願いします。** |
| ・あやすと笑いますか・動いているものを目で追いかけますか・見えない方向から声をかけるとそちらの方を見ようとしますか・指で小さいものをつまみますか・そっと近づいてささやき声で呼びかけると振り向きますか・手に持ったおもちゃをひっぱると抵抗しますか・特定の人を後追いしますか**１歳以上のお子さんについては、以下もお答えください**・バイバイ・コンニチハなどの身振りをしますか・大人の言う簡単なことば（おいで、ちょうだい）などがわかりますか・パパ、ママ、など特定した言葉を話しますか・コップを自分でもって飲むことができますか・話すときに目が合いますか**２歳以上のお子さんについては、以下もお答えください**・走ることができますか・スプーンを使って自分で食べますか・テレビや大人の身振りのまねをしますか・パンツやズボンを助けをかりて脱いだりしますか | □はい□はい□はい□はい□はい□はい □はい□はい□はい□はい（　　歳　　　か月から）□はい□はい□ はい□ はい□ はい□ はい | □いいえ□いいえ□いいえ□いいえ□いいえ□いいえ□いいえ□いいえ□いいえ□いいえ□いいえ□いいえ□いいえ□いいえ□いいえ□いいえ |
| 要支援児体験保育を受けたことがありますか（2歳児クラス～就学前）□はい→（　　　　　　　　　　保育園）　直近に受けた時期（　　年　　月頃）　　　　　□いいえ |
| **視力** | □ 普通　　　□ メガネ（□近視　□遠視　　□弱視）□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | **聴力** | □ 普通　□ 聞こえが悪い　□ 補聴器を使用　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **発達** | 症状 |  |
| 身体障害者手帳・愛の手帳の有無 | □ある（　　　級・度）※コピーをご提出ください。　　　□申請中（　　　級・度）　　　□ない |
| ことばや発達について相談している病院・施設 | □ある　回数（月　　回・週　　回）⇒下記を記入　□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 | ☐要支援児として保育を希望　□健常児として保育を希望　※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、発達のようすの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　　　　　　　　　　　　 |