

児童状況票 (_____年____月____日記入)

※ ■印は、すべての方が記入してください。
 該当する年齢(クラス)の欄を記入してください。

		申込児童氏名 ①	申込児童氏名 ②
共通	■現在の年齢	歳 月	歳 月
	■現在の身長・体重	cm・kg	cm・kg
	■出生時の妊娠週数	第 週	第 週
	■出生時の身長・体重	cm・g	cm・g
	■出生時に何か異常はありましたか ※「はい」の場合は、病名等を記入してください	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()
	■歩き始めた時期	()か月頃 <input type="checkbox"/> まだ	()か月頃 <input type="checkbox"/> まだ
	■最近受けた健康診断 ※「指摘あり」の場合は、内容を記入してください	()か月・()歳児健診 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 指摘あり ()	()か月・()歳児健診 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 指摘あり ()
■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」場合は、内容を記入してください	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()	
0歳児クラス・1歳児クラスの児童	首がすわった時期	()か月頃 <input type="checkbox"/> まだ	()か月頃 <input type="checkbox"/> まだ
	寝返りをした時期	()か月頃 <input type="checkbox"/> まだ	()か月頃 <input type="checkbox"/> まだ
	ひとり座りができるようになった時期 ※「ひとり座り」とは、支えられなくても座れることをいいます	()か月頃 <input type="checkbox"/> まだ	()か月頃 <input type="checkbox"/> まだ
	這いずり(ハイハイ)ができるようになった時期	()か月頃 <input type="checkbox"/> まだ	()か月頃 <input type="checkbox"/> まだ
	つかまり立ちができるようになった時期	()か月頃 <input type="checkbox"/> まだ	()か月頃 <input type="checkbox"/> まだ
	あやすと笑いますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> まだ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> まだ
	見えない方向から声をかけるとそちらを見ますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> まだ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> まだ
	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"/> まだ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> まだ
	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"/> まだ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> まだ
スプーンやフォークを使って自分で食べますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> まだ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> まだ	
簡単な指示を理解できますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> まだ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> まだ	
2歳児クラス以上の児童	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しますか)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	意味のある単語(物の名称など)を話しますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<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	<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	<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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	おしっこをひとりでしますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<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ことができますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<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	<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ますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	理由なく、突然たたいたり、かみついたり、奇声をあげたりしますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
生活に支障をきたすほど、特定のことにこだわりますか(数字・図形・水遊び・食べ物・回るもの) ※「はい」の場合は、こだわることを記入してください	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()	
極端に嫌がることはありますか(人に触られること、大きな音など) ※「はい」の場合は、嫌がることを記入してください	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()	