

子どもの状況（0 歳クラス）

あてはまる答に○をつけてください

記入日 年 月 日

児童名	(男・女)		年 月 日生 (歳 か月)
保護者名		住所	新宿区

1	首がすわっていますか	はい (か月頃から)	いいえ
2	寝返りをしますか	はい (か月頃から)	いいえ
3	おすわりをしますか	はい (か月頃から)	いいえ
4	はいはいをしますか	はい (か月頃から)	いいえ
5	つかまり立ちをしますか	はい (か月頃から)	いいえ
6	つたい歩きをしますか	はい (か月頃から)	いいえ
7	あやすと笑いますか	はい (か月頃から)	いいえ
8	見えない方向から声をかけると顔を向けますか	はい (か月頃から)	いいえ
9	おもちゃを出すと手でつかみますか	はい (か月頃から)	いいえ
10	人見知りをしますか	はい (か月頃から)	いいえ
11	テレビ等の音楽に合わせて身体を動かしますか	はい (か月頃から)	いいえ
12	マンマ、ブーブー、パパ等のような言葉を話しますか	はい (か月頃から)	いいえ
13	バイバイ、コンニチハなどの身振りをしますか	はい (か月頃から)	いいえ
14	おとなが相手になり、遊ぶと喜びますか	はい (か月頃から)	いいえ
15	おとなの言う言葉簡単な（おいで、ちょうだい）がわかりますか	はい (か月頃から)	いいえ
16	けいれん発作を起こすことがありますか	(なし 時々 常時)	
17	現在お医者さんに通院していますか。また、訓練機関に通園していますか		
	はい（病院または訓練機関名_____） 期間_____年 _____月から		
	いいえ		
18	お薬を飲んでいますか		
	はい（薬名_____） 期間_____年 _____月から		
	いいえ		
19	その他気になることがあったら記入してください		