

子どもの状況（0歳児クラス）

記入日： 年 月 日

児童氏名			年 月 日生（ 歳 か月）
------	--	--	---------------

該当するものに○を付け、[] に記入してください

- 1 身体の発達について気になることがありますか はい いいえ

「はい」に○を付けた方は具体的な内容を記入してください
(例：首がすわっていない、寝返りをしない、つかまり立ちをしない、視線が合わない 等)
- 2 おもちゃを出すと手でつかもうとしますか いいえ はい [] か月頃から
- 3 人見知りをしますか いいえ はい [] か月頃から
- 4 テレビ等の音楽に合わせて身体を動かしますか いいえ はい [] か月頃から
- 5 「バイバイ」、「コンニチハ」などの身振りをしますか いいえ はい [] か月頃から
- 6 おとなと一緒に遊ぶと喜ぶますか いいえ はい [] か月頃から
- 7 授乳、食事はどのような状況ですか 母乳・ミルク・混合、離乳食の形態 [初期・中期・後期・完了期]
- 8 授乳、食事について気になることがありますか はい いいえ

「はい」に○を付けた方は具体的な内容を記入してください
(例：ミルクを飲まない、離乳食を食べない、うまく飲み込めない 等)
- 9 けいれん発作を起こしたことがありますか はい いいえ

「はい」に○を付けた方は記入してください
・ いちばん最近はいつですか [] 年 [] 月、原因 []
・ 頻度 [] に [] 回くらい]
- 10 定期的に医療機関を受診していますか はい いいえ

「はい」に○を付けた方は記入してください
[医療機関名 []、 [] 年 [] 月から]
- 11 療育機関に通所していますか はい いいえ

「はい」に○を付けた方は記入してください
[療育機関名 []、 [] 年 [] 月から、月・週 [] 回]
- 12 継続して薬を使用していますか はい いいえ

「はい」に○を付けた方は記入してください
[薬名 [] 飲み薬 塗り薬 その他([])、 [] 年 [] 月から、1日 [] 回]
- 13 その他に気になることがありましたら記入してください

子どもの状況（1・2歳児クラス）

記入日： 年 月 日

児童氏名	年 月 日生（ 歳 か月）	
該当するものに○を付け、[] に記入してください		
1 身体の発達について気になることがありますか 「はい」に○を付けた方は具体的な内容を記入してください (例：見えていないときがある、聞こえていないときがある 等)	はい	いいえ
[]		
2 食事について気になることがありますか 「はい」に○を付けた方は具体的な内容を記入してください (例：好き嫌いがある、離乳食が完了していない、うまく飲み込めない 等)	はい	いいえ
[]		
3 走ることができますか	いいえ	はい [__歳__か月頃から]
4 指で小さな物（豆、干しぶとう等）をつまみますか	いいえ	はい
5 名前を呼ぶとその方を振り向きますか	いいえ	はい
6 絵本を見せて知っているものを聞くと、指で指しますか	いいえ	はい
7 二語文（「ワンワンキタ」、「マンマチョウダイ」など）を言えますか	いいえ	はい
8 スプーンを使って自分で食べますか	いいえ	はい [__歳__か月頃から]
9 クレヨンなどで、なぐり書きをしますか	いいえ	はい
10 テレビや大人の身振りのまねをしますか	いいえ	はい
11 奇声を発することがあります	はい	いいえ
12 話しかけても視線が合わないことがありますか	はい	いいえ
13 落ち着きがなく動き回ることがあります	はい	いいえ
14 けいれん発作を起こしたことがありますか 「はい」に○を付けた方は記入してください ・ いちばん最近はいつですか [__年__月、原因__] ・ 頻度 [__に__回くらい]	はい	いいえ
15 定期的に医療機関を受診していますか 「はい」に○を付けた方は記入してください [医療機関名__、__年__月から]	はい	いいえ
16 療育機関に通所していますか 「はい」に○を付けた方は記入してください [療育機関名__、__年__月から、月・週__回]	はい	いいえ
17 継続して薬を使用していますか 「はい」に○を付けた方は記入してください [薬名__ 飲み薬 塗り薬 その他()、__年__月から、1日__回]	はい	いいえ
18 その他に気になることがありましたら記入してください	[]	

子どもの状況（3・4・5歳児クラス）

記入日： 年 月 日

児童氏名			年 月 日生（ 歳 か月）
1 該当するものに○を付け、[] に記入してください			
食事	1 箸やスプーンで自分で食べる 2 手づかみで食べる 3 食べさせてもらう 4 食べさせてもらう（流動食）		
排泄	1 自分でできる 2 自分でできるが、時には失敗する 3 知らせるが手助けが必要である 4 おむつを使用している・・・出た後に教えますか 教える [小便 大便] 教えない		
着脱	1 自分でできる 2 着たり、脱いだりできるが、ボタンはめはできない 3 手助けすればしようとする 4 全て他人にやってもらう		
運動	1 歩いたり、走ったりする 2 一人でやっと歩く 3 はう、又はつかまり立ちで移動する 4 手が不自由で細かいことができない 5 両手で物が持てない		
言語	1 会話ができる 2 片言ではあるが、身振りで表現しようとする 3 話せないが相手の言うことはわかる 4 話せない、相手の言うこともわからない		
遊び	1 友だちとごっこ遊びなどをする 2 親と離れて一人遊びができる 3 約束やルールを守って遊ぶことができる 好きな遊び []		
視力	普通 弱視		
聴力	普通 聞こえが悪い 補聴器を使用		
2 奇声を発することがあります か はい いいえ 3 話しかけても視線が合わないことがあります か はい いいえ 4 落ち着きがなく動き回ることがあります か はい いいえ 5 けいれん発作を起こしたことがあります か はい いいえ 「はい」に○を付けた方は記入してください ・いちばん最近はいつですか [年 月、原因] ・頻度 [に 回くらい] 6 定期的に医療機関を受診していますか はい いいえ 「はい」に○を付けた方は記入してください [医療機関名、 年 月から] 7 療育機関に通所していますか はい いいえ 「はい」に○を付けた方は記入してください [療育機関名、 年 月から、月・週 回] 8 継続的に薬を使用していますか はい いいえ 「はい」に○を付けた方は記入してください [薬名 飲み薬 塗り薬 その他()、 年 月から、1日 回] 9 その他に気になることがありましたら記入してください []			