

# 児童状況票

記入日 年 月 日

フリガナ

児童名

生年月日

歳 か月 (記入時点)

出生時	・出生時状況 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 早産 <input type="checkbox"/> 保育器収容 <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> 他 ( )		
	・生まれた時の体重は ( ) g ・妊娠何週でしたか ( ) 週 ・赤ちゃんの状態は <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常		
	●現在の身長は ( ) cm、 体重は ( ) kg 病名は ( )		
	●現在の栄養状況は <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 人工 <input type="checkbox"/> 離乳食 ( 回食/日:初期・中期・後期) <input type="checkbox"/> 普通食		
健康状況	・健康診査の状況 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 指摘・観察事項 ( )		
	・受診していますか <input type="checkbox"/> 3-4か月 <input type="checkbox"/> 1歳 <input type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 3歳		
	・先天性の病気や慢性疾患及び発育・発達の相談等で病院や施設に通っていますか、または通っていましたか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ 病名等 ( ) 病院・施設 ( ) 通っている (いた) 期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日)		
	●治療内容は ( ) 服薬の有無は ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )、通う頻度は ( 週・月・年 / 回)		
	・今までにかかった大きな病気はありますか ( 歳 か月頃) 病名 ( ) 病院・施設 ( )		
	・首が座ったのはいつですか ( か月・まだ) ・お座りができたのはいつですか ( か月・まだ)		
	・はいはい ( か月・まだ) ・つかまり立ち ( か月・まだ) ・歩き始め ( か月・まだ)		
	・アレルギー等がありますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 他 ( )		
	●食物アレルギーの種類は ( )、ショック症状を起こした事は ( 回)、直近ではいつ( 頃)		
	・ひきつけを起こしたことは <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 回)、( 歳 か月の時) ひきつけの原因は ( )		
・身体障害者手帳・療育手帳 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 手帳の種別は <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 等を受けていますか 等級は ( )			
発達状況	以下の項目について、どちらかに○を付けてください。	0.1歳児 クラス	2.3.4.5歳児 クラス
	①あやすと笑いますか？	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
	②呼ばれたら、振り向いたり目が合いますか？	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
	③指をさして、取って欲しい物を伝えようとしますか？	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
	④大人の言う簡単な言葉 (おいで、ちょうだい等) が分かりますか？	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
	⑤ママ、プーピー (車) など意味のある言葉をいくつか話しますか？	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
	⑥スプーン (箸) を使って自分で食べます (ようとします) か？	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
	⑦「○○持ってきて」等簡単な指示を理解して行動することができますか？	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
	⑧二語文 (ワンワンきた、マンマちょうだい等) を言いますか？	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
	⑨こだわりが強い、かんしゃくを起こす、奇声をあげたりして困った経験はありますか？	無し ・ 有り	無し ・ 有り
	⑩自分の名前が言えますか？		はい ・ いいえ
	⑪衣服の着脱ができますか？		はい ・ いいえ
	⑫自分の経験してきたことを保護者に話します (そうとします) か？		はい ・ いいえ
⑬約束やルールを守って遊ぶことができますか？		はい ・ いいえ	
⑭一か所にじっとしてられない、落ち着かない、動き回って目が離せないで困った経験はありますか？		無し ・ 有り	
⑯集団生活をおくるうえで、健康上または発達上において気になることや心配なことがありましたら、具体的に記入してください。 (例(1): 母乳しか飲んでくれない。例(2): 食べ物の好き嫌が多く、○○と○○しか食べてくれない。等)			
予防接種	接種しているもの全てにチェックしてください <input type="checkbox"/> ヒブワクチン <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> ロタ <input type="checkbox"/> 四種混合 (DPT-IPV) <input type="checkbox"/> 日本脳炎第1期 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> 麻疹・風疹混合 (MR) 第1期 <input type="checkbox"/> おたふく <input type="checkbox"/> 麻疹・風疹混合 (MR) 第2期		