

児童の状況票

フリガナ			男・女
児童氏名/名前			
生年月日	年 月 日	年齢	歳 か月
記入者〔続柄〕	〔 〕	記入日	年 月 日

0歳児	<input type="checkbox"/> ひとりで座っていることができる <input type="checkbox"/> 人に向かって、「アーアー」「ウーウー」などいろいろな声を出す		
1歳児	<input type="checkbox"/> つかまり立ち、ひとり歩きをする <input type="checkbox"/> 手を出して、ものをつかむ <input type="checkbox"/> 「マンマ」「ブーブー」など片言を言う <input type="checkbox"/> 身の回りの大人や子どもに関心を示す <input type="checkbox"/> 名前を呼ばれたら振り向く		
2歳児	<input type="checkbox"/> 転ばずにひとりで歩く <input type="checkbox"/> 積み木をつんだり、ブロックをつないだりする <input type="checkbox"/> 簡単な問いかけに答える（「これなあに？」「ワンワン」など） <input type="checkbox"/> 子どものそばに寄っていたり、一緒に遊んだりするのを喜ぶ <input type="checkbox"/> 禁止（だめ）がわかり、やめる		
3歳児以上	食事は <input type="checkbox"/> ひとりで食べる <input type="checkbox"/> 食べさせる 衣服の着脱は <input type="checkbox"/> ひとりでする <input type="checkbox"/> してやる 用便は <input type="checkbox"/> ひとりでする <input type="checkbox"/> 知らせる <input type="checkbox"/> おむつ ことばは <input type="checkbox"/> 同年齢の子と会話ができる <input type="checkbox"/> わかりにくい 友達とは <input type="checkbox"/> 一緒に遊べる <input type="checkbox"/> 遊べない		
乳幼児健康診査を受けましたか	<input type="checkbox"/> 受けた（受診した健康診査すべてにチェックしてください） <input type="checkbox"/> 4か月 <input type="checkbox"/> 9か月 <input type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 3歳 <input type="checkbox"/> 受けていない		
そのとき、何か指導がありましたか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（指導内容）		
神戸市機関に相談したことや、大きな病気やひきつけなどを起こして病院に相談したことはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 神戸市機関（こども家庭センター・総合療育センター・西部療育センター） <input type="checkbox"/> その他の病院（ ） 受診科（ ） 頻度（ ） 受診内容（ ） 期間 年 月 日から 年 月 日		
障害者手帳は持っていますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 年 月 日交付） <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ 県・市 第 号 等級： ） <input type="checkbox"/> 療育手帳（ 県・市 第 号 等級： ）		
アトピーやアレルギーなどがありますか	<input type="checkbox"/> 下記項目該当なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 気管支ぜんそく <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎） <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎		
※アトピーやアレルギーがある場合、除去食の必要はありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 原因食物 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
アナフィラキシーショック	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（エピペン <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし）		
その他、養育上心配なことや、入園後先生に伝えておきたいことがあれば記入してください。			