

記入例

- ・ 黒のボールペンで、はっきりと楷書で記入もしくはチェックを入れてください。※消せるボールペンは不可
- ・ 記入内容を訂正する場合は、当該箇所に二重線を入れ訂正印を押印し、空白に正しい内容を記入してください。
- ・ 記入日時点の状況を、正確に記入してください。

児童の状況票

フリガナ 児童氏名/名前	コウベ ハル 神戸 春	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
生年月日	平成 30 年 12 月 26 日	年齢 1 歳 10 か月
記入者〔続柄〕	神戸 あき [母]	記入日 令和 2 年 10 月 16 日

<p>該当する年齢 児の欄のみ チェックを入 れてください。 (記入例の場 合だと、1歳 児なので、 0,2歳児以上 の欄は記入不 要です。)</p>	→ 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	<p>該当する年齢児の、あて はまる項目にすべて チェックを入れてくださ い。</p>
	→ 1歳児	<input type="checkbox"/> つかまり立ち、ひとり歩きをする <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 名前を呼ばれたら振り向く	
	→ 2歳児	<input type="checkbox"/> ころ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"/> 簡単な問いかげに答える(「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ったり、一緒に遊んだりするのを楽しむ <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 <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 checked="" 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"/> 受けていない	
<p>現在も相 談・通院を 続けていれ ば、終了日 は記入不要 です。</p>	そのとき、何か指導は ありましたか	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (指導内容)	<p>母子手帳を参考に記入してください。</p>
	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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> その他の病院(みつばち こどもクリニック) 受診科 (小児科) 頻度 (2週間に1回) 受診内容 (食物アレルギーの治療のため) 期間 令和元年 7月 27日 から 年 月 日	
<p>該当する 場合は、 記入漏れ のないよ うにしてく ださい。</p>	障害者手帳は 持っていますか	<input checked="" 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 アレルギーなどは ありますか	<input type="checkbox"/> 下記項目該当なし <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり 原因食物 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input checked="" type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他()	
	アナフィラキシーショック	<input checked="" 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。			