

発達の状況について

この用紙は入園児童1名につき1枚ご提出ください

入園児童	氏名	生年月日	年齢(月齢)
	(フリガナ)	男 女	平成・令和 年 月 日
発達の状況について(該当する項目に○印または記入ください)	生育歴	その他	
	1. 分娩 (正常, 異常, 早産 月) 2. 出生時の体重 ( g ) 3. できる項目に✓をつけてください <input type="checkbox"/> 笑う <input type="checkbox"/> 首がすわる <input type="checkbox"/> 寝返り <input type="checkbox"/> 座る <input type="checkbox"/> はう <input type="checkbox"/> 人見知り <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 歯が生える <input type="checkbox"/> 一人歩き <input type="checkbox"/> 単語を言う <input type="checkbox"/> 二語文を話す 4. 食物アレルギー ( 有 ・ 無 ) →有る場合の除去食 ( ) 5. ひきつけ、けいれんを起こしたことは? ( 有 →直近の発作日 年 月 日 ・ 無 ) 発作の頻度について(いつ ) これまでに何回発作が起こったか ( ) 回 6. 今までにかかった大きな病気 ( 有 ・ 無 ) 病名 ( ) いつ ( ) 経過観察している(していた)病院名 ( ) 現在の病気の状況 ( 治癒 ・ 治療中 ) この病気のこと保育園に気を付けて欲しいこと ( ) その他心配なこと等あればご自由に記入ください ( )	1. これまでに保育所に通ったこと ( 有 ・ 無 ) 有る場合→施設名 ( ) 通った期間 ( から まで ) 2. 集団生活における行動面で特に気をつけてほしいこと ( ) 3. 発達面で特に心配していること ( ) 発達相談を受けたことは? ( 有 ・ 無 ) 4. 療育手帳の交付 ( 有 ・ 無 ) 5. 身体障害者手帳の交付 ( 有 ・ 無 ) ( 肢体 視覚 聴覚 内部疾患障害 )	