発 育 状 況 調 査 票

児童の状況に該当する項目を〇で囲むか，必要事項を記入してください。（複数回答可）
記載内容は，保育の実施が決定した場合，利用施設に通知します。

児童氏名		生年月日	年　月　日 （　才　か月）

健診の結果	乳児健診	1歳6か月健診	3歳児健診
	済み　・　未受診	済み　・　未受診	済み　・　未受診
	良好　・　指摘あり	良好　・　指摘あり	良好　・　指摘あり

発育の様子	お座り（　才　か月）　・　歩き始め（　才　か月）・ 発語（　才　か月）

日常動作について ※あてはまるものに〇をつけてください。		
	食事	1．はし又はスプーンを使用して食べることができる。 2．大人の助けがあれば食べられる。 3．食べさせてもらう。 4．まだ離乳食を食べさせたことがない。
	排泄	1．大小便とも自分でできる。 2．大人の助けがあればできる。 3．自分ではできないが知らせる。 4．おむつを使用している。
	着脱衣	1．自分で着脱し，ボタンかけもできる。 2．簡単なものは自分でできる。 3．大人にしてもらう。
	ことば	1．「あー」「うー」などの声を出す。 2．意味のある単語をいくつか話す。 3．2語文を話すことができる。 4．3語文を話すことができる。 5．大人と日常会話のやりとりができる。
	行動	1．呼んだり，音がする方向に顔を向ける。 2．話しかけたときに，目が合う。 3．「イヤイヤ」「バイバイ」などの身振りをする。 4．指差しをして意思表示をする。 5．かみついたり，奇声をあげることがある。 6．落ち着かなく動き回ることがある。 7．危険が分からず，急に走り出すことがある。

アレルギー	
	（1） 食物アレルギーはありますか。 無 ・ 有　⇒　・除去食品名（　　） ・医師の診断は受けていますか。（無 ・ 有） ・投薬はありますか。（無 ・ 有） ・アナフィラキシーショックを起こしたことがありますか。（無 ・ 有）
	（2） 食物以外のアレルギーはありますか。 無 ・ 有　⇒　・原因物質名（　　） ・医師の診断は受けていますか。（無 ・ 有） ・投薬はありますか。（無 ・ 有）

既往歴	〇過去手術を行ったり，定期的な受診を必要とする疾病や障害はありますか。 無 ・ 有　⇒　・疾病・障害の名称（　　） ・日常生活での制限はありますか。 無 ・ 有　⇒　内容（　　）

発達面	〇発達の面で，専門の機関に相談されたことはありますか。 無 ・ 有　⇒　・相談機関名（　　） ・相談内容（　　）

〇　その他保育所入所にあたり，お子さんの様子で伝えたいことがあれば記入してください。
（審査に影響はありません。）

（　　）