

# 児 童 調 査 書

記入日

お子様の生活状況を把握するための調査です。

	年	月	日	年齢	歳	カ月
--	---	---	---	----	---	----

児童名	フリガナ				生年月日			
						年	月	日
出生体重	g	出産週	週	日	現在の体重	kg		
診断名・病名 気になる点								
通院履歴	<input type="checkbox"/> あり	病院名 および 通院頻度 ① 年 月～						
	<input type="checkbox"/> なし	病院名 および 通院頻度 ② 年 月～						
与薬	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	処方内容(薬名、与薬回数、与薬方法等)					
療育履歴	<input type="checkbox"/> あり	事業所名 および 通所頻度 ① 年 月～						
	<input type="checkbox"/> なし	事業所名 および 通所頻度 ② 年 月～						
乳幼児健診で、お子様の健康状態について気になる点や病名等、 医師や保健師から話をされたことはありますか。					<input type="checkbox"/> いいえ			
					<input type="checkbox"/> はい 時期 歳 ヶ月健診			
＜内容＞								
お子様の状態に一番近いものに✓をつけ、記入してください。								
食 事	哺乳方法	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 混合						
	食事方法	<input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 手づかみで食べる <input type="checkbox"/> 自分でスプーンなどを使って食べる						
	食事形態	<input type="checkbox"/> 離乳食 段階 (                    )食 1日 回 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> その他 (                    )						
排 泄	<input type="checkbox"/> おむつを使っている							
	<input type="checkbox"/> おむつを使っているが、排泄すると言葉や仕草で知らせることがある							
	<input type="checkbox"/> 誘うとトイレに行くが、手伝いが必要である							
	<input type="checkbox"/> トイレに行きたくなると知らせる							
	<input type="checkbox"/> トイレで排泄する <input type="checkbox"/> 失敗することもある <input type="checkbox"/> 失敗することはほぼない							
	<input type="checkbox"/> その他 (                    )							
着 脱	<input type="checkbox"/> 大人が衣服の脱着を行っている							
	<input type="checkbox"/> 手伝えば自分で手足を動かし、衣服を着脱しようとする							
	<input type="checkbox"/> 自分で衣服を着脱しようとする							
	<input type="checkbox"/> 簡単な衣服の着脱ができる							
	<input type="checkbox"/> その他 (                    )							

裏面もご記入ください

可能になった時期を記入してください。（早産児の場合は、修正月齢で記入してください。）

運動	・ 首がすわった(支えなしで首がぐらつかない状態) 【 月頃】
	・ 寝返り 【 月頃】
	・ ひとり座り(支えがなくても座れること) 【 月頃】
	・ ハイハイ 【 月頃】
	・ ひとり歩き 【 月頃】
	・ 走ることができる 【 歳頃】
	・ 階段の上り下りができる 【 歳頃】
	・ その他( )

お子様の状態に一番近いものに✓をつけ、記入してください。

言語	<input type="checkbox"/> 話しかけると声を出し、応えようとする
	<input type="checkbox"/> 要求を声や指差し・手差しで表現する
	<input type="checkbox"/> 意味のある言葉を話す 「マンマ」「バイバイ」「ワンワン」等
	<input type="checkbox"/> 二語文を話す 「ワンワン、イタ」「マンマ、チョウダイ」等
	<input type="checkbox"/> 会話はできないが、相手の言っていることは理解できる
	<input type="checkbox"/> 会話でやりとりができる
	<input type="checkbox"/> その他( )

あそび	<input type="checkbox"/> おもちゃを目で追う
	<input type="checkbox"/> 音の鳴るおもちゃの方へ顔を向ける
	<input type="checkbox"/> おもちゃに手を伸ばす
	<input type="checkbox"/> おもちゃを使って遊ぶ <input type="checkbox"/> 大人と一緒に遊ぶ <input type="checkbox"/> 一人で遊ぶ
	手指を使った遊びはどんな遊びが好きですか(例:絵を描く、積み木、ブロック、粘土等や遊び方等も記入)

安全	<input type="checkbox"/> 常に注意が必要である
	<input type="checkbox"/> ある程度の危険が理解でき、大人の制止を嫌がらない
	<input type="checkbox"/> 危険なことが理解でき、高いところに登ったり、急な飛び出しはしない
	<input type="checkbox"/> その他( )

その他	気になるところについて詳細を記入してください。
-----	-------------------------