

児童調査書

お子様の生活状況を把握するための調査です。		記入日			年齢	歳	ヶ月
		年	月	日			
児童名	ふりがな			生年月日	年 月 日		
出生体重	g	出産週	週 日	現在の体重	(g ・Kg)		
診断名・病名 気になる点							
通院履歴	なし	あり	① 年 月 医療(療育)機関名				
			② 年 月 医療(療育)機関名				
与薬	なし	あり	処方内容(薬名、与薬回数、与薬方法等)				
予防接種 状況	Hib	小児用肺炎球菌	B型肝炎	四種混合	BCG	MR(麻しん・風しん)	
	水痘	ロタウイルス	おたふく	日本脳炎	その他 ()		
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。					いいえ		
					はい (時期: 歳 ヶ月健診)		
<内容>							
お子さんの状態に一番近いものに□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(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(失敗することもある ・ 失敗することはほとんどない)						
	<input type="checkbox"/> その他()						
着脱	<input type="checkbox"/> 大人が衣服の着脱を行っている						
	<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

お子さんの状態に一番近いものに□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、キタ・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(
運動	<input type="checkbox"/> 首がすわった(支えなしで首がぐらつかない状態)【 ヶ月頃】
	<input type="checkbox"/> 寝返り【 ヶ月頃】
	<input type="checkbox"/> ひとり座り(支えがなくても座れること)【 ヶ月頃】
	<input type="checkbox"/> ハイハイ【 ヶ月頃】
	<input type="checkbox"/> ひとり歩き【 ヶ月頃】
	<input type="checkbox"/> 走ることができる
	<input type="checkbox"/> 階段の上り下りができる
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"/> おもちゃで遊びますか(大人と一緒に遊ぶ ・ 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。) <div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: 10px auto; padding: 10px;"> </div>
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	<特に気になることがあれば記入。>