

# 児童の状況

④

児童氏名		生年月日		年	月	日現在
------	--	------	--	---	---	-----

※ 該当する番号に○を付けて下さい。

<b>食事</b>	1 自力で食べることができる。(箸・フォーク・スプーン・手づかみ) 2 大人の助けがあれば食べられる。 3 食べさせてもらう。		
<b>排泄</b>	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。
<b>着脱衣</b>	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。(・着る・脱ぐ・着脱) 3 大人にしてもらう。(・着る・脱ぐ・着脱)		
<b>移動運動</b>	1 歩く 2 ボールを前にける 3 足を交互に出して階段を上がる 4 両足をそろえて前に飛ぶ(幅跳び)	<b>手の運動</b>	1 なぐり書きをする 2 積み木を横に並べる 3 まねて○を書く 4 弾むボールをつかむ
<b>基本的習慣</b>	1 コップを自分で持って飲む 2 ストローで飲む 3 靴を一人で履く 4 鼻をかむ	<b>対人関係</b>	1 褒められると同じ動作を繰り返す 2 友達と手をつなぐ 3 年下の子の世話をやきたがる 4 ブランコなどで順番にものを使う
<b>発語</b>	1 単語が出る 2 二語文を話す 3 自分の姓名をいう 4 同年齢の子どもと会話ができる	<b>言語理解</b>	1 要求を理解する 2 もう一つ、もう少しがわかる 3 大きい小さいがわかる 4 数の概念がわかる(3まで)
<b>その他</b>	1 食物アレルギーはありますか？ 無 ・ 有 (食物名: ) 1-1 アナフィラキシーはありますか？ 無 ・ 有 (有の場合: アドレナリン自己注射薬(エピペン <sup>®</sup> )の処方 有 ・ 無 ) 1-2 食物アレルギー以外の体質で気になることはありますか？(喘息・アトピー等) 無 ・ 有 ( )		
	2 今まで大きな病気にかかったことがありますか？ 無 ・ 有 (病名: 医療機関名: )		
	3 常時内服している薬(経過をみている病気)がありますか？ 無 ・ 有 (薬: 病名: )		
	4 お子さんの行動・くせ、等で困ったことはありますか？ こだわりがある・落ち着きがない・乱暴、等 無 ・ 有 ( )		
	5 発育・発達・疾患等で経過をみていることはありますか？ 無 ・ 有 ( )		
	6 通所されている(されていた)専門機関はありますか？ 無 ・ 有 (保健センター ・ こども発達センター ・ 医療機関 ・ その他 )		
	7 集団保育において、配慮が必要なことはありますか？ 無 ・ 有 ( )		
	8 これまでに保育園・幼稚園等に通ったことはありますか？ 無 ・ 有 ( )		
	9 その他、お子さんについて・集団生活についてなど、気になること・心配事等がありますか？ 無 ・ 有 ( )		
<b>予防接種</b>	接種済みの予防接種を○で囲んでください。(五種混合の場合、四種混合とヒブそれぞれに○) B型肝炎① ② ③ ④ ヒブ① ② ③ ④ 肺炎球菌① ② ③ ④ 四種混合① ② ③ ④ BCG① MR① ② 水痘① ② 日本脳炎① ② ③ その他( )		