

児童状況報告書（生育歴用）

記入日 年 月 日

ふりがな 児童氏名		年 月 日生（ 歳）	男・女
通所施設名等			
・医療機関での集団保育可能確認 □ 済      □ 未	・全希望保育園での受入可能確認 □ 済      □ 未	・園での医療行為の必要性 □ 有      □ 無	
・症状又は障害名 診断場所（      ） 診断年月      年      月	・手帳所持の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 愛の手帳      度 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳      級		
・障害に気づいた時期とその理由			

1 これまでにお子さんのことについて、どこかで相談（検査）されたことがありますか。  
（例：保健所，児童相談所，病院など）

相談期間	年齢	機関名	相談（検査）の内容又は症状	結果（診断名，治療，指導など）
年 月 ～ 年 月	歳 か月 ～ 歳 か月			
年 月 ～ 年 月	歳 か月 ～ 歳 か月			
年 月 ～ 年 月	歳 か月 ～ 歳 か月			

◎現在のお子さんの保育状況について

- ア 自宅で保育    イ 職場に同伴（父・母）  
 ウ 個人に預けている                                  エ 他の施設に預けている  
 預け先名（ウ・エ）： \_\_\_\_\_（認証保育所・認可外保育施設・個人）  
 費用：月額 \_\_\_\_\_ 円                                  開始時期： \_\_\_\_\_ 年 月 日から

2 妊娠・出産の状態についてお尋ねします。

妊 娠	妊娠中の疾病はありましたか。 <input type="checkbox"/> はい → (      ) <input type="checkbox"/> いいえ
	在胎週数 (      週) ・体重 (      g) ・身長 (      cm)
出 産	・ 出産時の状況について該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> をつけ，かっこ内に具体的に記入してください。 <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> ひきつけ <input type="checkbox"/> 黄だん <input type="checkbox"/> 保育器 (      日間) <input type="checkbox"/> 正常産 <input type="checkbox"/> かんし分娩 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> その他 (      )

3 乳児期の状態はいかがでしたか。

乳 児 期 の 状 態 に つ い て	あやしたり声をかけたりすると、よく笑いましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	保護者がお子さんから離れると、目でさかんに追いましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	静かに眠ってばかりいましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	夜泣きはひどかったですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	手のかからないお子さんでしたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	お子さんと視線の合わないことがありましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	人見知りがありましたか。 <input type="checkbox"/> はい→ 歳 か月ころ <input type="checkbox"/> いいえ	
	何らかの理由で、保護者と離れて生活したことがありますか。 <input type="checkbox"/> はい→ 歳 か月ころ 理由 <input type="checkbox"/> いいえ	
	赤ちゃんの時、喃 <sup>なんご</sup> 語（バブバブなど）がありましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	意味のある言葉（マンマ、ブーブーなど）を言ったことはありますか。 <input type="checkbox"/> はい→ 歳 か月ころから <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明	
	お子さんの栄養摂取方法は、次のうちどれでしたか。 <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 人工 <input type="checkbox"/> 混合	
	離乳の開始（ 歳 か月） 完了（ 歳 か月）	
	次の発育が見られるようになったのはいつごろからですか。 ① 首の座り （ 歳 か月） ② 歯の生え始め （ 歳 か月） ③ 独り座り （ 歳 か月） ④ ハイハイを始めた時期 （ 歳 か月） ⑤ つかまり立ち（ 歳 か月） ⑥ 独り歩き （ 歳 か月）	

4 現在のお子さんの状態をお尋ねします。

現 在 の 状 態 に つ い て	アレルギーはありますか。 <input type="checkbox"/> はい→食べ物（ ）・動物や植物（ ） 薬品（ ）・その他（ ） <input type="checkbox"/> いいえ	
	食物アレルギーがある場合、エピペン®又は薬は処方されていますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	予防接種で副反応が出ましたか。 <input type="checkbox"/> はい→予防接種名（ ）症状（ ） <input type="checkbox"/> いいえ	
	風邪をひきやすいですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	下痢しやすいですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	気管支炎を起こしやすいですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	中耳炎になりやすいですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	ヘントウセン炎で熱が出やすいですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	鼻血が出やすいですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

現在の状態について	ぜん息が出やすいですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	転びやすいですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	吐きやすいですか。 <input type="checkbox"/> はい→どんなとき ( ) <input type="checkbox"/> いいえ	
	脱臼しやすいですか。 <input type="checkbox"/> はい→どこが ( ) <input type="checkbox"/> いいえ	
	運動機能について気になることはありますか。 <input type="checkbox"/> はい→具体的に ( ) <input type="checkbox"/> いいえ	
	今までにかかった大きな病気はありますか。 <input type="checkbox"/> ある→具体的に ( ) <input type="checkbox"/> ない	
	けいれん発作を起こしたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ある→どんなとき ( ) <input type="checkbox"/> ない	
	日常服用している薬はありますか。 <input type="checkbox"/> ある→薬品名 ( ) <input type="checkbox"/> ない	
	これまで、耳が聞こえないのではないかと思ったことがありますか。 <input type="checkbox"/> ある→ 歳 か月ころから <input type="checkbox"/> ない	

5 現在のお子さんの生活習慣をお尋ねします。

食事について	一人で食事をすることができますか。 <input type="checkbox"/> できる→ <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> スプーン・フォーク <input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> できない(介助の様子)→ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	そしゃく、飲み込みで気になることはありますか。 <input type="checkbox"/> はい→具体的に ( ) <input type="checkbox"/> いいえ	
	食事量はどうですか。 <input type="checkbox"/> よく食べる <input type="checkbox"/> 少食 <input type="checkbox"/> 普通	
	宗教上食べられないものはありますか。 <input type="checkbox"/> はい→ ( ) <input type="checkbox"/> いいえ	
	偏食はありますか。 <input type="checkbox"/> ある→好む食べ物 ( ) <input type="checkbox"/> ない	
	間食(おやつ)をしますか。 <input type="checkbox"/> はい→よく食べる物 ( ) <input type="checkbox"/> いいえ	
トイレの習慣	おむつはとれていますか。 <input type="checkbox"/> はい→いつ ( 歳 か月) <input type="checkbox"/> いいえ	
	トイレを教えてくださいか。	一人でトイレができますか。
	小便： <input type="checkbox"/> はい→ 歳 か月 <input type="checkbox"/> まだ 大便： <input type="checkbox"/> はい→ 歳 か月 <input type="checkbox"/> まだ	小便： <input type="checkbox"/> はい→ 歳 か月から <input type="checkbox"/> まだ 大便： <input type="checkbox"/> はい→ 歳 か月から <input type="checkbox"/> まだ
	トイレを失敗することがありますか。 <input type="checkbox"/> はい→どんな場合ですか。 _____ <input type="checkbox"/> いいえ	

着替え	<p>着替えは一人でできますか。</p> <p><input type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>一部できる <input type="checkbox"/>できない</p> <p>・できる、一部できる場合、できることに<input checked="" type="checkbox"/>をつけてください。</p> <p>(脱ぐ) : <input type="checkbox"/>上着 <input type="checkbox"/>シャツ <input type="checkbox"/>パンツ <input type="checkbox"/>ズボン <input type="checkbox"/>靴 <input type="checkbox"/>ボタン</p> <p>(着る) : <input type="checkbox"/>上着 <input type="checkbox"/>シャツ <input type="checkbox"/>パンツ <input type="checkbox"/>ズボン <input type="checkbox"/>靴 <input type="checkbox"/>ボタン</p>
お昼寝	<p>お昼寝の習慣はありますか。</p> <p><input type="checkbox"/>あり→・寝つきが <input type="checkbox"/>良い <input type="checkbox"/>悪い</p> <p>・寝る時は <input type="checkbox"/>1人 <input type="checkbox"/>だれか ( ) と一緒</p> <p><input type="checkbox"/>なし</p>

6 現在のお子さんの遊び・言葉・その他についてお尋ねします。

遊	<p>どんな遊びをしていますか。</p> <p>( )</p>
び	<p>だれと遊びますか。また継続時間はどのくらいですか</p> <p>( )</p>
言	<p>言葉について、あてはまる項目に<input checked="" type="checkbox"/>または記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/>ほぼ普通に話せる。</p> <p><input type="checkbox"/>2語文程度に話せる。( )</p> <p><input type="checkbox"/>単語程度に意志を伝える。( )</p> <p><input type="checkbox"/>おうむ返し又は独り言を言う。( )</p> <p><input type="checkbox"/>言葉がはっきりしない。( )</p> <p><input type="checkbox"/>ほとんど意味のある言葉が言えない。( )</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ( )</p>
そ	<p>自分の要求をどのようにして伝えますか。</p> <p><input type="checkbox"/>言葉で <input type="checkbox"/>身振りなどで</p>
の	<p>名前を呼ばれた時の反応は</p> <p><input type="checkbox"/>返事をする <input type="checkbox"/>振り向く <input type="checkbox"/>そばにくる <input type="checkbox"/>応答なし <input type="checkbox"/>気がつかない</p>
他	<p>次のようなことがありますか。</p> <p><input type="checkbox"/>自分か他人を傷付ける <input type="checkbox"/>高いところが好き <input type="checkbox"/>一人でどこかへいってしまう</p> <p><input type="checkbox"/>奇声をあげる <input type="checkbox"/>かんしゃくを起こす <input type="checkbox"/>その他 ( )</p> <p>・それはどんなときに見られますか。( )</p>
	<p>現在通っている保育施設・発達支援施設での様子はどうですか。</p> <p>( )</p>

7 お子さんのことでお気づきのことや、保育園への要望があれば御記入ください。