

様式第1号の2(第4条関係)

発達状況調査票

お子さんが保育施設に入園される際の貴重な資料となりますので、具体的かつ正確にご記入ください。

年 月 日現在

ふりがな		性別	生年月日	かかりつけ医
氏名			年 月 日	

1. 出産時の状況について

妊娠期間	週 日	出産時の状態	体重 g	身長 cm	頭位 cm
出産時に特別な処置(仮死状態、保育器使用、酸素使用など)がありましたか			あり () ・ なし		

2. 発達状況について

首すわり	か月	寝返り	か月	おすわり	か月	ハイハイ	か月
つかまり立ち	か月	つたい歩き	か月	ひとり歩き	歳	か月	

3. 乳幼児健診の状況について

1か月検診	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診	助言指導	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容:)
4か月検診	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診	助言指導	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容:)
10か月検診	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診	助言指導	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容:)
1歳6か月検診	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診	助言指導	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容:)
3歳検診	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診	助言指導	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容:)

4. 予防接種について 受けた予防接種と、り患した(かかった)ものに○をつけてください

ヒブ (Hib)	初回①	小児用 肺炎球菌	初回①	四種混合	初回①	B型肝炎	初回①
	②		②		②		②
	③		③		③		追加
	追加		追加		追加		追加
麻しん・ 風しん	1期	水痘 (みずぼうそ う)	1回目	ロタウイル ス (2回で終了 のワクチンの 場合、3回目 に斜線)	1回目	おたふくかぜ	予防接種
	2期		2回目		2回目		かかった
麻しん	かかった		かかった		3回目	日本脳炎	初回①
風しん	かかった		BCG		かかった		追加

5. いままでにかかった病気と現在の様子について

かかった病気に ○をつける	1. 心臓病 2. 腎臓病 3. けいれん 4. てんかん 5. アトピー性皮膚炎 6. ぜんそく 7. その他() 8. 特になし							
かかったときの 様子や 現在の症状 など	診断名	かかったときの様子			現在の症状・医師の指示・病院名など			
	(例) 熱性けいれん	1歳2か月のとき、39℃の熱でけいれんし、意識がなくなり救急車を呼んだ。			熱が38℃になれば、座薬を入れるようにと指示されている(○病院より)。			

(裏面もあります)

