

【児童状況票】

記入日 年 月 日

児童名 _____	記入日現在	出生体重 (_____g)
生年月日 _____年 _____月 _____日	(_____歳 _____か月)	現在の体重 (_____g)

◆以下の項目の中で、今までできたこと全てに○印をつけてください。

首がすわっている	入れ物から物を取り出す	音のする方へ目を向ける
寝返りをする	「ちょうだい」と言うと物を手渡す	あやすと笑う
一人で座る	機嫌よく一人遊びをする	あやしている人の目を見る
小さい物を指先でつまもうとする	ままごと遊びをする	人見知りをする
体のそばにある玩具に手を伸ばして掴む	スプーンやコップを持つようとする	「アーアーウーウー」と喃語を話す
ハイハイをする	離乳食を喜んで食べる	「バイバイ」「イヤイヤ」などの身振りをする
つかまり立ちをする	ぐるぐる丸を描く	「ワンワン」「ママ」等の単語を話す
一人で歩く	色(赤・黄・緑・青)が分かる	「ママ、きて」等と二語文を話す
手すりを使って階段をのぼる	トイレに行きたい時は教える	大人の言う簡単な言葉を話す(おいで・ちょうだい等)
手すりを使って階段をおりる	はさみで紙を切ることができる	はっきりとした発音で話す
20cm位の所から飛び降りる	衣服の着脱ができる	聞かれると自分の姓名が言える
ケンケンができる		見たり聞いたりしたことを自分から話す

お子さまの健康状態にあたり身体の発達・ことばの発達など気になることがありましたらご記入ください。

病歴等	アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> ある⇒下記を記入	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 不明
	具体的な症状			
	喘息	<input type="checkbox"/> ある⇒下記を記入	<input type="checkbox"/> ない	
	具体的な症状			
	熱性けいれん(ひきつけ)	<input type="checkbox"/> ある⇒下記を記入	<input type="checkbox"/> ない	
	初回発症時期	年	月	ごろ
	直近発症時期	年	月	ごろ
	これまでの発症回数		回	
	治療中・経過観察中の病気	<input type="checkbox"/> ある⇒下記を記入	<input type="checkbox"/> ない	
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 治療継続中	<input type="checkbox"/> 経過観察中	<input type="checkbox"/> 完治している
	通院頻度	(回/年・ 回/月・ 回/週)		
	手術予定	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	
	発症時期	年	月	(病名)
	入院歴	年	月	(期間)
食物アレルギー	食物アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> ある⇒下記を記入	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 不明
	制限する食品等に○印	卵・乳・小麦・大豆・そば・その他 ()		
	症状に○印	じんましん・嘔吐・下痢・腹痛・喘息発作・その他 ()		
	常用薬の服用	<input type="checkbox"/> ある⇒下記を記入	<input type="checkbox"/> ない	
	薬名、頻度	頻度 (回/日、 朝 ・ 昼 ・ 夜)		
乳幼児健康診査	4か月健診	健康	・ 要観察	・ 未受診
	10か月健診	健康	・ 要観察	・ 未受診
	1歳6か月健診	健康	・ 要観察	・ 未受診
	3歳6か月健診	健康	・ 要観察	・ 未受診
	相談したことや担当者から指導を受けたことがあれば下記へご記入ください			
通院・療育・手帳の状態	医療機関名 () 診療科 () 通院頻度 (回/)			
	医療機関名 () 診療科 () 通院頻度 (回/)			
	療育機関 ()			
	療育機関 ()			
	療育機関 ()			
	取得されている手帳が有ればご記入ください。 身体障害者手帳・知的障害者手帳(療育手帳)等			

お預かりした個人情報は香芝市個人情報保護条例に基づき保管し、目的以外には使用いたしません。