

# お子さんの様子について

記入年月日 年 月 日

児童氏名 \_\_\_\_\_ ( 男 ・ 女 )

年齢 歳 月 日

お子さんの日ごろの様子について、質問に当てはまるものを○で囲んでください。

質問の行動をめったにしない場合は、「いいえ」を選んでください。

1	「いないいないばー」をすると喜びますか？	はい ・ いいえ
2	あなたがお子さんを見たり、笑いかけたりすると、笑顔を返してきますか？	はい ・ いいえ
3	あなたが名前を呼ぶと、反応しますか？	はい ・ いいえ
4	何か欲しいものがある時、指をさして要求しますか？	はい ・ いいえ
5	あなたに見て欲しいものがある時、それを見せに持ってきますか？	はい ・ いいえ
6	あなたの注意を、自分の方にひこうとしますか？	はい ・ いいえ
7	お子さんをブランコのように揺らしたり、膝の上でゆすると喜びますか？	はい ・ いいえ
8	他の子どもに興味はありますか？	はい ・ いいえ
9	階段など、何かの上に這い上がることが好きですか？	はい ・ いいえ
10	電話の受話器を耳に当ててしゃべる真似をしたり、人形やその他のものを使ってごっこ遊びをしますか？	はい ・ いいえ
11	ある種の音に敏感に反応して不機嫌になりますか？（耳をふさぐなど）	はい ・ いいえ
12	お子さんの耳が聞こえないのではないかと心配されたことがありますか？	はい ・ いいえ
13	困ったこと、して欲しいことを言葉で言えますか？	はい ・ いいえ
14	言われた言葉を理解して行動していますか？	はい ・ いいえ
15	座って食事ができますか？	はい ・ いいえ
16	洋服を脱いだり着たりができますか？	はい ・ いいえ
17	好きな遊びがありますか？	はい ・ いいえ
18	一人遊びができますか？	はい ・ いいえ
19	絵本を見たり、お話を聞いて喜びますか？	はい ・ いいえ
20	歩行について心配なことがありますか？	はい ・ いいえ
21	跳んだり走ったりすることができますか？	はい ・ いいえ
22	何もない宙を見つめたり、目的なくひたすらうろうろしたりすることができますか？	はい ・ いいえ
23	いつもと違うことがある時、あなたの顔を見て反応を確かめますか？	はい ・ いいえ
24	幼稚園・保育園・こども園・託児所に通っていた経験はありますか？	はい ・ いいえ

\*\*裏面もご記入ください\*\*

記入年月日 年 月 日

児童氏名 \_\_\_\_\_ (男・女)

年齢 歳 ヶ月

1. 発育について	・首の座り( ヶ月) ・ お座り( ヶ月) ・歩き始め( 歳 ヶ月)
2. 排泄は1人でできますか	できる ・ 一人でできないが知らせる ・ おむつが必要
3. 話すことができますか	できる ・ 単語程度 ・ できない
4. 大人の言うことが理解できますか	できる ・ 少しはできる ・ できない
5. 乳幼児健診を受けましたか	・4ヶ月( 済 ・ 未 )                      ・10ヶ月( 済 ・ 未 ) ・1歳6ヶ月( 済 ・ 未 )                  ・2歳( 済 ・ 未 ) ・3歳( 済 ・ 未 )
6. 今までにかかった大きな病気や怪我、または現在治療している病気や怪我はありますか	有 (年齢 歳 ヶ月) ・ 無 病名( ) かかりつけ医院( ) 治療の状況( ) 通院( 回/月) ・ 投薬( 回/日) ・ 経過観察
7. ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか	有 (年齢 歳 ヶ月) ・ 無 原因( )
8. 発達で気になることはありますか	有 ・ 無 状況 [ ]
9. 現在どのような食事をしていますか	母乳 ・ ミルク ・ 離乳食 ・ 普通食
10. アレルギーがありますか	( 有 ・ 無 ) アレルギーの種類( ) 原因( ) 症状( ) 医師の治療を受けている ( 有 ・ 無 ) 病院名( ) 治療の状況( ) 通院( 回/月) ・ 投薬( 回/日) ・ 経過観察 ※食物アレルギーの場合 原因食物( )
11. その他、お子さんのことで気になること、心配なこと、困っていることなどはありますか	