

児童の状況について

記入日： 年 月 日

ふりがな		性別	男・女	生年月日	平成	年	月	日
児童氏名					令和			

		市確認
児童の状況	<input type="checkbox"/> 家庭で保育している →主な保育者(父・母) <input type="checkbox"/> 父母以外の家族が保育している →誰が見ていますか() <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 知人等に預けている →預け先(氏名: 住所:) <input type="checkbox"/> 保育施設に預けている →施設名() <input type="checkbox"/> その他(具体的に:)	
出生時の状況	在胎週数 (週) 体重(g)	
検診の状況	<input type="checkbox"/> 5か月児検診 <input type="checkbox"/> 1歳6か月児検診 <input type="checkbox"/> 2歳歯科検診 <input type="checkbox"/> 3歳児検診	指導事項はありましたか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →内容: _____ _____
施設等の利用状況	<input type="checkbox"/> 子育て支援センターを利用 →(結城 ・ みくに ・ つくば ・ 市外) <input type="checkbox"/> 一時預かり, 認可外保育施設を利用 →預け先() <input type="checkbox"/> ファミリーサポートを利用 <input type="checkbox"/> 特に利用しているものはない	
発達の状況	<input type="checkbox"/> 首がすわっている →(月頃から) <input type="checkbox"/> 寝返りができる →(月頃から) <input type="checkbox"/> お座りができる →(月頃から) <input type="checkbox"/> ハイハイができる →(月頃から) <input type="checkbox"/> ひとりで立てる →(月頃から) <input type="checkbox"/> 伝い歩きができる →(頃から) <input type="checkbox"/> ひとり歩きができる →(頃から)	
	<input type="checkbox"/> 笑いかけると笑顔で返してくる <input type="checkbox"/> 呼べば振り向く <input type="checkbox"/> 片言(ワンワン、マンマなど)は発する <input type="checkbox"/> 遠くのモノを指さすと、その方向を見る <input type="checkbox"/> 簡単な会話ができる <input type="checkbox"/> 問題なく会話できる	
	<input type="checkbox"/> 落ち着きがない、じっとしてられない感じがする <input type="checkbox"/> 目が合っていないように感じる <input type="checkbox"/> あまり笑わないように感じる <input type="checkbox"/> こだわりが強いところがある →(こだわりの内容:) <input type="checkbox"/> その他気になる点()	

