

児童の状況について

記入日： 年 月 日

フリガナ		性別	男・女	生年月日	平成	年	月	日
児童氏名					令和			

								市 確認
予防接種の状況	<input type="checkbox"/> BCG(結核) <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 四種混合(DPT-IPV) <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合(MR) <input type="checkbox"/> ロタウイルス	<input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> その他()						
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： _____ _____						
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"/> トイレができる <input type="checkbox"/> トイレができない <input type="checkbox"/> おむつを使用する(□常時 □寝るとき □外出時 □その他())							
	<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 □ 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()							

