



# 児 童 調 書 (裏)

●下記の項目のあてはまるところに、チェックを付け、必要事項を記入してください。

発 育 の 状 態  (該当する年齢の欄にご記入ください)	0 歳 児	<input type="checkbox"/> 体重は良好に増えている(現在約      kg) <input type="checkbox"/> 首はすわっている <input type="checkbox"/> 寝返りをする <input type="checkbox"/> お座りをする <input type="checkbox"/> ハイハイをする <input type="checkbox"/> つかまり立ちをする <input type="checkbox"/> 独りで立つ <input type="checkbox"/> つたい歩きをする <input type="checkbox"/> 歩行する <input type="checkbox"/> 簡単なまねができる(ばいばいなど) <input type="checkbox"/> あやしているときに目が合う	母 乳 ・ ミ ル ク	<input type="checkbox"/> 現在飲んでいる <input type="checkbox"/> 全く飲んでいない <input type="checkbox"/> アレルギー用ミルクを飲んでいる ※表側のアレルギー欄にも記載してください。	
	(0歳児の欄もご記入ください。)	1 歳 児 ・ 2 歳 児	<input type="checkbox"/> 独りで立つ <input type="checkbox"/> つたい歩きをする <input type="checkbox"/> 歩行する <input type="checkbox"/> 転ばずに一人で上手に歩く <input type="checkbox"/> 手を引くと、階段が上がる <input type="checkbox"/> 名前を呼ぶと振り向く <input type="checkbox"/> 大人の言っている簡単なことがわかる <input type="checkbox"/> 簡単な指さしができる <input type="checkbox"/> 「マンマ」等の単語を3語以上話す <input type="checkbox"/> 簡単なやりとりができる <input type="checkbox"/> 絶えず動き回り、目が離せない	幼 児 食	<input type="checkbox"/> 離乳食は完了している <input type="checkbox"/> 普通食を食べている <input type="checkbox"/> 宗教上食べられないものがある <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <input type="checkbox"/> その他食事で気になること         </div>
	(2歳児の欄もご記入ください。)	3 歳 児 ・ 4 歳 児 ・ 5 歳 児	<input type="checkbox"/> 走ることができる <input type="checkbox"/> まねて、丸を描く <input type="checkbox"/> 大きい、小さいがわかる <input type="checkbox"/> 自分の名前を言える <input type="checkbox"/> 指示に従うことができる <input type="checkbox"/> 大人の言っていることがわかる <input type="checkbox"/> 簡単なやりとりができる <input type="checkbox"/> 会話ができる <input type="checkbox"/> 友達と一緒に遊ぶ <input type="checkbox"/> 危険を避けられる <input type="checkbox"/> 極端に落ち着かず、動き回る	食 事	<input type="checkbox"/> 普通食を一人で食べる <input type="checkbox"/> 宗教上食べられないものがある <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <input type="checkbox"/> その他食事で気になること         </div>
			排 泄	<input type="checkbox"/> ひとりでトイレで排泄ができる <input type="checkbox"/> 尿意や便意を予告する <input type="checkbox"/> 教えない <input type="checkbox"/> おむつ使用 (日中・夜間のみ)	
その他心配なことやご希望などがあればお書きください。					
この用紙を記入した人： 父・母・(      )			記入した日：      年      月      日		