

《個人記録シート》

記載日： 年 月 日 記載者：

ふりがな			生年	年	月	日
幼児氏名	男・女		月日	(歳	か月)
住 所	〒 小学校区名：					
電話番号	自宅：	-	-	FAX：	-	-
	携帯：	-	-	()	
家族構成 (同居) ※対象児を除く	氏名	生年月日 (年齢)	続柄	職業	健康状態 (受診歴等)	
		()				
		()				
		()				
		()				
		()				
育児協力者	育児協力者はおられますか。					
所属状況	1. 在宅： 親子教室利用 (あり・なし)： 年 月 ~ 年 月 →就園予定 (, 年 月~)					
	2. 就 園：() 保育園 ・ 幼稚園 ・ こども園 : 年 月~					
	3. 事業所：() : 年 月~					
	4. 習いごと：()					
妊娠経過	1. 正常 2. 妊娠高血圧症候群 3. 切迫早産 4. 他： _____					
分娩経過	1. 正常 2. 早産 3. 帝王切開 () 4. 吸引分娩 5. 他： _____					
出生状況	在胎週数：() 週		体重：() g	単胎・多胎 ()		
	1. 異常なし 2. 仮死 3. 保育器使用 4. 他： _____					
既往歴	1. なし 2. 心臓病 3. 肺炎 4. 中耳炎 5. 熱性けいれん・ひきつけ 6. アレルギー体質 (アトピー性皮膚炎・鼻炎・喘息) 7. 他： _____					
これまでの 健診相談 等	・4 か月 児 健 診 : 未受診・受診 (助言内容) ・10 か月 児 健 診 : 未受診・受診 (助言内容) ・1 歳 7 か月 児 健 診 : 未受診・受診 (助言内容) ・3 歳 6 か月 児 健 診 : 未受診・受診 (助言内容) ・発達相談 : 年 月 (助言内容) ・発達支援親子教室: 年 月					
発達に関する 医療	・かかりつけ医 : 1. なし 2. あり → 医師名： ・診断名 : 訓練：					

気になって いること				
発 達 の 様 子	能 力 の 様 子	・首がすわる	できる (歳 月 日)	・できない
		・寝返り	できる (歳 月 日)	・できない
		・はいはい	できる (歳 月 日)	・できない
		・つかまり立ち	できる (歳 月 日)	・できない
		・ひとりで歩く	できる (歳 月 日)	・できない
		・走る	できる (歳 月 日)	・できない
		・スキップ	できる (歳 月 日)	・できない
		・人見知り	あった (歳 月 日)	・ない
		・場所見知り	あった (歳 月 日)	・ない
		・指さし	あった (歳 月 日)	・ない
		・後追い (保護者についていく)	あった (歳 月 日)	・ない
		・意味のある単語を話す (ママ・ブーブーなど)	できる (歳 月 日)	・できない
	発 達 の 様 子 の 様 子	生 活 の 様 子	・要求	ことばで可 ・ 身ぶりで可 ・ できない
			・指示への理解	できる ・ あともう少し ・ できない
			・会話	できる ・ あともう少し ・ できない
			・発音	明瞭 ・ 不明瞭 ()
			・集団で話を聞く	できる ・ あともう少し ・ できない ・ 未経験
			・食事	ひとりでできる (はし・スプーン・手づかみ) / できない 困りごと ()
			偏食	なし / あり ()
			・おしっこ	ひとりでできる (歳 月 日) / できない (教える・教えない)
・うんち			ひとりでできる (歳 月 日) / できない (教える・教えない)	
・衣服着脱			ひとりでできる (上着・ズボン・靴下・くつ) / できない	
・遊び友達			あり (年上・同年・年下) / なし	
・好きな遊び			()	
・遊び場所			屋内・屋外 ()	
・参加しているサークルやスポット等			あり () / なし	
・視線は・・・			あう ・ あいにくい	
・他者からの関わりを・・・			好む ・ 好まない	
・他者に関する興味や関心			ある ・ ない	
一日の 生活リズム			決まっている・不規則	
<div style="text-align: center;"> 起 業 園 寝 帰 遊 食 浴 糞 </div> <div style="text-align: center;"> ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- </div> <div style="text-align: center;"> 時間を記入 してください⇒ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div>				

発達相談内容に係る本人及び家族の個人情報について、「個人情報の保護に関する法律」に基づき、必要な範囲内で関係機関に個人情報の使用または収集することに同意します。
 保護者 署名 _____