

☆発達状況について ※母子手帳を確認し、正確にご記入ください。

発育	首のすわり（　　ヵ月）　寝返り（　　ヵ月）　おすわり（　　ヵ月） はいはい（　　ヵ月）　つかまり立ち（　　ヵ月）　つたい歩き（　　ヵ月） ひとり歩き（　　歳　　ヵ月）　走る（　　歳　　ヵ月）
食事	食事の形態は　：　離乳食（初期　・　中期　・　後期）　幼児食 食べ方は　：　食べさせる　・　手伝う　・　自分でできる ミルクが必要　：　いいえ　・　はい（　母乳　・　人工　・　混合　） 水分摂取方法　：　哺乳瓶　・　ストロー　・　マグマグ　・　コップ 飲み方　：　飲ませる　・　手伝う　・　自分でできる
排尿	オムツを使用　　トイレトレーニング中　　トイレでできる
排便	オムツを使用　　トイレトレーニング中　　トイレでできる
着脱	着替えは　：　着替えさせる　・　手伝う　・　自分でできる
言語	ブーブー（単語）など意味のあることば（　　歳　　ヵ月頃） 二語文（ワンワンきた　等）を話した時期（　　歳　　ヵ月頃） 大人の言う簡単なことば（ちょうだい　等）が分かる　：　はい　・　いいえ 絵本の中の知っているものを指差しする　：　はい　・　いいえ 自分の名前を言える　：　はい　・　いいえ
その他	後ろから名前を呼ぶと振り向く（声がした方を見ようとする）　：　はい　・　いいえ 向き合って声をかけたときに視線が合う　：　はい　・　いいえ テレビや大人の身振りの真似をする　：　はい　・　いいえ クレヨンなどで丸（円）を書く　：　はい　・　いいえ

★健康面や心身の発達で気になること、保育中に注意すべきことがありますか？
例：吃音（言葉の出だしがつまる・はじめの音をくり返す）、指しゃぶり、偏食、人見知り、など
なし・ あり：

★心身の発達について、発達相談、ことばの相談、訓練施設への通所などを利用していますか？
（過去に利用したことがある場合もご記入ください）

なし・ あり：

例：○歳○ヵ月からカンガルー広場を利用中、○歳○ヵ月からマザーズホームに週 2 回通所中 など

※障害者手帳や療育手帳等をお持ちですか？
なし・ あり：手帳の種類（ ）等級や程度（ ）

★家庭での育児・教育方針をご記入ください。※必ずご記入ください。

★今までに集団保育の経験がありますか？

なし・ あり：施設名 ()
在園期間 (年 月 日～ 年 月 日)

☆予防接種について ※母子手帳を確認し、正確にご記入ください。

予防接種の種類	接種済に○		予防接種の種類			接種済に○		
インフルエンザ菌 b 型 (Hib) Haemophilus influenzae type b	1 回		ど ち ら か に ○	四種混合	ジフテリア(Diphtheria)・ 百日せき(Pertussis)・ 破傷風(Tetanus)・ ポリオ(Polio)	第 1 期 初回	1 回	
	2 回						2 回	
	3 回			3 回				
	追加			五種混合	四種混合+Hib	第 1 期追加		
小児肺炎球菌 Streptococcus pneumoniae	1 回		BCG			1 回		
	2 回		麻しん・風しん Measles・Rubella			第 1 期		
	3 回					第 2 期		
	追加		水痘 Vaccine			1 回		
B 型肝炎 Viral Hepatitis type B	1 回					2 回		
	2 回		日本脳炎 Japanese Encephalitis	第 1 期 初回	1 回			
	3 回				2 回			
ロタウイルス Rotavirus ※5 価経口弱毒生ロタ ウイルスワクチンのみ 3 回目を接種	1 回		おたふくかぜ Mumps			第 1 期追加		
	2 回					1 回		
	3 回					2 回		

☆自宅から園までの地図

- ・目印を記入するなど、できるだけ詳しくご記入ください。
- ・地図のコピーを貼付していただいてもかまいません（しっかりとのり付けしてください）。
- ・道順を赤い線に入れてください。

この調査表に記載された内容について、園職員、山武市役所担当課及び関係機関等が情報共有し、日常の取り組み及び緊急時の対応のために活用することに同意します。

記載日： 年 月 日 保護者署名：