

児 童 の 状 況 ・ 成 育 歴						
フリガナ			生 年 月 日		性 別	現在の保育園(有()・無) 利用福祉サービス等(有()・無)
氏 名			令和 年 月 日		男 ・ 女	
家 庭 環 境	家 族 構 成 *同居人を 含む	氏 名	年 齢	続 柄	職 業	備 考
の出 様生 子時	体重 (g) 妊娠期間 () 週 出産 (正常 ・ 異常()) 仮死 (有 ・ 無) 保育器を使用した { 有 (日間) ・ 無 }					
の新 様生 子児	ひきつけ (有 ・ 無) よく吐く (有 ・ 無) 泣き声 (強 ・ 普通 ・ 弱) 意識のない状態 (有 ・ 無) 乳の飲み方 (強 ・ 普通 ・ 弱) 重い黄疸 (有 ・ 無)					
乳 幼 児 期 の 様 子	哺乳力 (強 ・ 普通 ・ 弱) 黄 疸 (有 ・ 無) 首のすわり (ヶ月) お座り (ヶ月) ハイハイ(ヶ月) つかまり立ち(ヶ月) ひとり歩き(ヶ月) 話し始め(歳 か月) 離乳開始(ヶ月)					
お子さんの発達について気になりはじめたのはいつ頃ですか					診断がある場合	
歳 ヶ月 どのようなキッカケ(理由) ()					・病院又は機関名() ・いつ頃() ・診断名()	
現 在 の 様 子	睡眠について (・睡眠時間 (時 ～ 時) ・睡眠リズムが定まっていない。) お昼寝の有無 (有 ・ 無) 気になること()					
	どんな言葉を発するか又はどんな会話をしていますか(理解・表現など)					
	家庭でのお子さまへの関わり方について困っていることはありますか					
	通所通園施設(保育所等)でお子さまの気になることはありますか					
	その他気になること (安全面、生活面など)					
発達支援保育を希望する理由						