

生 育 歴	既 往	今までにかかった主な病名を書いてください					
	症 ・ 健 康	現在治療中の病気等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病名)				
		現在治療中の投薬等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容)				
		<input type="checkbox"/> 風邪を引きやすい <input type="checkbox"/> ゼゼいしやすい <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい <input type="checkbox"/> 熱を出しやすい <input type="checkbox"/> 湿疹がでやすい <input type="checkbox"/> 引きつけたことがある (その時熱は、無かった・あった ℃)					
	その他健康上で気になることがあれば、記入してください						
日 常 生 活	食 事	<input type="checkbox"/> はしが使えぬ <input type="checkbox"/> 握りばしである <input type="checkbox"/> スプーンを使用 <input type="checkbox"/> 手づかみが多い					
		<input type="checkbox"/> 食器をもって食べられる <input type="checkbox"/> 食器は持たない					
		食 欲	<input type="checkbox"/> 多い	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 少ない	偏 食	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 少しある <input type="checkbox"/> 多い
	排 泄	日中のおもらし	<input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> 時々パンツの中に (<input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 便) をしてしまう				
		おねしょ	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 毎日ある		
	着 脱	靴を一人で	<input type="checkbox"/> 履ける	<input type="checkbox"/> 履けない	<input type="checkbox"/> 脱げる	<input type="checkbox"/> 脱げない	
		服を一人で	<input type="checkbox"/> 着られる	<input type="checkbox"/> 手伝えば大丈夫	<input type="checkbox"/> 脱げる	<input type="checkbox"/> 手伝えば大丈夫	
	睡 眠	睡眠時間	時から	時まで	寝付き	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 良くない	
		就 寝	<input type="checkbox"/> 一人寝	<input type="checkbox"/> 添い寝	昼 寝	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	
	遊 び	一人遊び	<input type="checkbox"/> 多い	<input type="checkbox"/> 普通	友達 (兄弟) と	<input type="checkbox"/> 遊べる <input type="checkbox"/> 遊べない	
母親と遊ぶこと		<input type="checkbox"/> 無い	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 多い			
どんな遊びを好みますか							
言 語	言葉と理解の発達						
	<input type="checkbox"/> 身振りや発声のみ <input type="checkbox"/> 単語 _____ 個くらい		<input type="checkbox"/> 2 語文で話す <input type="checkbox"/> 3 語文以上の会話				
	<input type="checkbox"/> 名前を呼ばれると手を上げるか返事をする		<input type="checkbox"/> 「～はどれ」と聞くと、答えるか指す				
	<input type="checkbox"/> 人や視線の先に注目する		<input type="checkbox"/> 言葉や身振りで、要求や拒否を伝える				
運 動	<input type="checkbox"/> 禁止や簡単な指示がわかり、実行する <input type="checkbox"/> 「名前は」と聞くと、自分の名前を言う						
	身体と手先の運動発達						
	<input type="checkbox"/> 医師から運動を制限されていない		<input type="checkbox"/> 機能障がい等により、特別な配慮を要する				
	<input type="checkbox"/> 小さな段差をジャンプで降りる		<input type="checkbox"/> 積み木を並べたり、積んだりする				
性 格	<input type="checkbox"/> リズムに合わせて体を揺らす		<input type="checkbox"/> クレヨンで、絵やなぐりがきをする				
	<input type="checkbox"/> 一人で階段を昇り降りする		<input type="checkbox"/> ボタンを留める				
	性格や行動の特徴						
	<input type="checkbox"/> パターン的な言葉や独特な行動が見られる		<input type="checkbox"/> 危険なことがわからず、注意を要する				
<input type="checkbox"/> 大きな音や感触など、苦手なものがある		<input type="checkbox"/> じっとするのが苦手で、動き回る					
<input type="checkbox"/> 特定の物や事にこだわりがある		<input type="checkbox"/> 人見知りが強い					

注 該当する□にチェックをしてください
(裏)