

様式第2号（第4条関係）

児童心身状況票

保護者 _____ 児童との関係 _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____

(ふりがな)		生年	年 月 日	性別	男・女
児童氏名		月日	(歳 か月)		
(在園中の場合) 保育所等の 名称		(地域子育て支援プラン作成済の場合) プラン作成担当者の所属及び氏名			

1 生育歴 (該当する□にチェック、またはご記入ください)

発 育	身体発育の課題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()					
	健康面の課題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()					
	現在の投薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()					
日	食事	食具使用、姿勢	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 概ね自立 <input type="checkbox"/> 自立				
		食欲、偏食等	()				
	排泄	排尿	<input type="checkbox"/> 感覚未・有 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> 自立				
		排便	<input type="checkbox"/> 感覚未・有 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> 自立				
着脱	脱衣	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 概ね自立 <input type="checkbox"/> 自立					
	着衣	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 概ね自立 <input type="checkbox"/> 自立					
常	睡眠	睡眠リズム	時から 時頃	昼寝	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	寝つき	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 悪い
	言語	ことばの表出と理解 <input type="checkbox"/> 身振り・発声 <input type="checkbox"/> 単語 _____ 個くらい <input type="checkbox"/> 2語文で話す <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 禁止や簡単な指示がわかり、実行する <input type="checkbox"/> やりとりできる					
生 活	運動	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"/> 特別な配慮を要する <input type="checkbox"/> 寝返り <input type="checkbox"/> はいはい <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> ジャンプ <input type="checkbox"/> 階段昇降できる <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書きをする <input type="checkbox"/> ボタンを留める					
	性格	性格や行動の特徴 <input type="checkbox"/> パターンの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、動き回る					

以下「2 児童の現況」「3 その他」については、利用している児童発達支援事業所等関係機関の担当者が記載しますので、担当者にご依頼ください。

2 児童の現況

機関・記入者氏名 _____

	項目	課題・現況
言語	表出	
	理解	
運動発達	粗大運動 手先の操作 バランス	
基本的 生活 習慣	食事	
	着脱	
	排泄	
社会 性	遊び	
	コミュニケーション	
	集団参加	
行動	気になる行動	

3 その他