

# 記入例

- ・ 黒のボールペンで、はっきりと楷書で記入もしくはチェックを入れてください。※消せるボールペンは不可
- ・ 記入内容を訂正する場合は、当該箇所にも二重線を入れ訂正印を押印し、空白に正しい内容を記入してください。
- ・ 記入日時点の状況を、正確に記入してください。

## 児童の状況票

フリガナ	コウベ ハル	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	記入日
児童氏名	神戸 春		◇◇◇◇年◇月◇日
生年月日	〇〇〇〇年 〇月 〇日	年齢	△歳 △か月

該当する年齢児の欄のみチェックを入れてください。(記入例の場合だと、1歳児なので、0,2歳児以上の欄は記入不要です。)

→ 0歳児	<input type="checkbox"/> ひとりで座っていることができる <input type="checkbox"/> 人に向かって、「アーアー」「ウーウー」などいろいろな声を出す
→ 1歳児	<input type="checkbox"/> つかまり立ちをする <input type="checkbox"/> ひとり歩きをする <input checked="" type="checkbox"/> 手を出して、ものをつかむ <input type="checkbox"/> 「マンマ」「ブーブー」など片言を言う <input type="checkbox"/> 身の回りの大人や子どもに関心を示す <input checked="" type="checkbox"/> 名前を呼ばれたら振り向く
→ 2歳児	<input type="checkbox"/> 転ばずにひとりで歩く <input type="checkbox"/> 積み木をつんだり、ブロックをつないだりする <input type="checkbox"/> 簡単な問いかけに答える(「これなあに?」「ワンワン」など) <input type="checkbox"/> 子どものそばに寄っていったり、一緒に遊んだりするのを楽しむ <input type="checkbox"/> 禁止(だめ)がわかり、やめる
→ 3歳児以上	食事は <input type="checkbox"/> ひとりで食べる <input type="checkbox"/> 補助がいる 衣服の着脱は <input type="checkbox"/> ひとりでする <input type="checkbox"/> 補助がいる 用便は <input type="checkbox"/> ひとりでする <input type="checkbox"/> 知らせる <input type="checkbox"/> おむつ ことばは <input type="checkbox"/> 同年齢の子と会話ができる <input type="checkbox"/> わかりにくい 友達とは <input type="checkbox"/> 一緒に遊べる <input type="checkbox"/> 遊べない

該当する年齢児の、あてはまる項目にすべてチェックを入れてください。

現在も相談・通院を続けていれば、終了日は記入不要です。

乳幼児健康診査を受けましたか	<input checked="" type="checkbox"/> 受けた(受診した健康診査すべてにチェックしてください) <input checked="" type="checkbox"/> 4か月 <input checked="" type="checkbox"/> 9か月 <input checked="" type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 3歳 <input type="checkbox"/> 受けていない
そのとき、何か指導はありましたか	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (指導内容)
神戸市機関に相談したことや、大きな病気やひきつけなどを起こして病院に相談したことはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 神戸市機関(こども家庭センター・総合療育センター・東部療育センター・西部療育センター) <input checked="" type="checkbox"/> その他の病院(みつばち こどもクリニック) 受診科 (小児科) 受診頻度 (月に 2 回 週に 回) 受診内容 (食物アレルギーの治療のため) 受診期間 △△△△年 △月 △日 から 年 月 日

母子手帳を参考に記入してください。

該当する場合は、記入漏れのないようにしてください。

障害者手帳は持っていますか	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (年 月 日交付) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( 県・市 第 号 等級: ) <input type="checkbox"/> 療育手帳 ( 県・市 第 号 等級: )
アトピーやアレルギーなどがありますか	<input type="checkbox"/> 下記項目該当なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 気管支ぜんそく <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input checked="" type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎 )
※アトピーやアレルギーがある場合、除去食の必要はありますか	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 原因食物 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input checked="" type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他( )
アナフィラキシーショック	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (エピペン <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)
その他、養育上心配なことや、入園後先生に伝えておきたいことがあれば記入してください。	