

勘案事項

記入日：令和 年 月 日  
 児童氏名： 記載者： (続柄)

対象児童	フリガナ		生年月日	
	氏名			

<所属先および状況>

★は小学生以上のみ

<input type="checkbox"/> 幼稚園・ <input type="checkbox"/> 保育園 ※ <input type="checkbox"/> 入園見込みの方：令和____年____月____日～	
<input type="checkbox"/> 小学校・ <input type="checkbox"/> 中学校・ <input type="checkbox"/> 特別支援学校 ※ <input type="checkbox"/> 入学見込みの方 令和____年____月____日～	
所属学級	★ <input type="checkbox"/> 普通級 <input type="checkbox"/> 支援級 ( <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 情緒 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 難聴) ・ <input type="checkbox"/> 通級 ( <input type="checkbox"/> ことば <input type="checkbox"/> LD・ADHD <input type="checkbox"/> 難聴)
通園・通学状況	<input type="checkbox"/> 毎日通えている <input type="checkbox"/> 休むことがある <input type="checkbox"/> かなり休んでいる <input type="checkbox"/> 通えていない
交友関係	<input type="checkbox"/> 概ね良好 <input type="checkbox"/> 友達は少なかった <input type="checkbox"/> 交流がない
学習状況	★ <input type="checkbox"/> 勉強についていけている <input type="checkbox"/> 勉強についていけない ( 歳頃から )
その他課題となっていること	

<家族構成 (対象児童以外) >

<協力が得られる親族>

続柄	年齢	就労有無	職業・所属先等	備考	続柄	居住地	協力の状況
		有・無			例：母方祖父母	八千代市	困った時は相談している。
		有・無					
		有・無					
		有・無					

<妊娠中について>

<input type="checkbox"/> 特別なことはなかった <input type="checkbox"/> 切迫早産 <input type="checkbox"/> ひどいつわり <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> 貧血
※その他健康状態、大きな病気や服薬、心配していたこと

<出生時の様子> 週数 \_\_\_\_\_ 週 体重 \_\_\_\_\_ g

分娩の方法	<input type="checkbox"/> 普通分娩 <input type="checkbox"/> 骨盤位(逆子) <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 鉗子分娩 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 誘発分娩 <input type="checkbox"/> 臍帯巻絡 <input type="checkbox"/> その他( )
出生後の状況	<input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> 保育器使用( 日間) <input type="checkbox"/> 酸素使用 <input type="checkbox"/> 黄疸(強い黄疸・交換輸血・光線療法・母乳停止) <input type="checkbox"/> その他( )

<成長の様子について>

1. 首のすわり ( 歳 カ月)	2. 寝返り ( 歳 カ月)	3. お座り ( 歳 カ月)
4. ハイハイ ( 歳 カ月)	5. つかまり立ち ( 歳 カ月)	6. 歩き始め ( 歳 カ月)
7. 喃語 ( 歳 カ月)	8. 話し始め ( 歳 カ月)	9. 二語分 ( 歳 カ月)

<最初に発達面について指摘を受けた場所>

場所	<input type="checkbox"/> 健診 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 保育園・幼稚園・こども園 <input type="checkbox"/> 保健センター <input type="checkbox"/> その他( )
内容	

<現在、子育てや発達等について相談している関係機関>

<input type="checkbox"/> 延長保育 ( <input type="checkbox"/> 保育園・ <input type="checkbox"/> 幼稚園) <input type="checkbox"/> 学童保育所 <input type="checkbox"/> 放課後子ども教室 <input type="checkbox"/> その他預かり (名称： )
---

<今回サービスの申請に至った経過> (いつ、どこで、誰から案内があった等)

--

<今までにかかった大きな病気やケガ等>

時期(～歳)	診断名・医療機関名	通院頻度(例：月1回)	服薬有無	治療経過
			有・無	治療済・治療中・未治療
			有・無	治療済・治療中・未治療