

子供のチェックシート 0か月～11か月用

記入日 年 月 日

フリガナ ()

保護者署名 _____ 子供の名前 _____ 性別 _____ 通所施設名 _____

子供の様子について必ず保護者が記入してください。

・哺乳瓶やストロー・コップでミルクや水を飲むことができますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・ベットがいる提供会員宅へ、預けることができますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
以下の①～③の質問の「 <input type="checkbox"/> はい」を選択された方は () 内に詳細をご記入ください		
①アレルギーはありますか。 ・アレルギーの種類はなんですか。 () ・どんな症状が出ますか。 () ・頓用薬(例エピペン,吸入薬)はお持ちですか。 薬の種類 ()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
②経過観察が必要と医師から言われたことがありますか。 どの様なことですか。差し支えなければ診断名をお知らせください。 ()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
③安全な活動の為に、伝えておくことがありますか。 []	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

1か月頃

・裸にすると手足をよく動かしますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・お乳をよく飲みますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・大きな音にビクッと手足を伸ばしたり、泣き出すことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

3～4か月頃

・首が座ったのはいつですか。(支えなしで首がぐらつかなくなった時)	月	日頃
・あやすとよく笑いますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

6～7か月頃

・寝返りをしたのはいつですか。	月	日頃
・支えなくてもひとりで座れたのはいつですか。	月	日頃
・からだのそばにあるおもちゃに手をのばしてつかみますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・家族といっしょにいるとき、はなしかけるような声を出しますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

9～11か月頃

・はいはいをしたのはいつですか。	月	日頃
・つかまり立ちをしたのはいつですか。	月	日頃
・指で小さいものをつまみますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・機嫌よくひとり遊びができますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・後追いをしますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

・本紙記載の情報が提供会員に提供されることを承諾しますか。	<input type="checkbox"/> 承諾する
-------------------------------	-------------------------------

子供のチェックシート 1歳～2歳用

記入日 年 月 日

フリガナ ()

保護者署名 _____ 子供の名前 _____ 性別 _____ 通所施設名 _____

子供の様子について必ず保護者が記入してください。

・ペットがいる提供会員宅へ、預けることができますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
以下の①～③の質問の「 <input type="checkbox"/> はい」を選択された方は () 内に詳細をご記入ください		
①アレルギーはありますか。 ・アレルギーの種類はなんですか。 () ・どんな症状が出ますか。 () ・頓用薬(例エピペン,吸入薬)はお持ちですか。 薬の種類 ()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
②経過観察が必要と医師から言われたことがありますか。 どの様なことですか。差し支えなければ診断名をお知らせください。 ()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
③安全な活動の為に、伝えておくことがありますか。 []	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

1歳の頃		
・つたい歩きをしたのはいつですか。	月 日頃	
・バイバイ、コンニチハなどの身振りをしますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・音楽に合わせて、からだを楽しそうに動かしますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・大人の言う簡単な言葉(おいで、ちょうだいなど)がわかりますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・部屋の離れたところにあるおもちゃを指さすと、その方向を見ますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・一緒に遊ぶと喜ぶますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

1歳6か月の頃		
・ひとり歩きをしたのはいつですか。	月 日頃	
・ママ、ぶーぶーなどの意味のある言葉をいくつか話しますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・自分でコップを持って飲めますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

2歳の頃		
・走ることができますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・テレビや大人の身振りのまねをしますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・二語文(ワンワンキタ、マンマチョウダイ)などを言いますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

・本紙記載の情報が提供会員に提供されることを承諾しますか。	<input type="checkbox"/> 承諾する
-------------------------------	-------------------------------

子供のチェックシート 3歳～4歳用

記入日 年 月 日

フリガナ ()

保護者署名 _____ 子供の名前 _____ 性別 _____ 通所施設名 _____

子供の様子について必ず保護者が記入してください。

・ペットがいる提供会員宅へ、預けることができますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・信号など安全確認のために、止まってと言われたら止まりますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
以下の①～④の質問の「 <input type="checkbox"/> はい」を選択された方は () 内に詳細をご記入ください		
①アレルギーはありますか。 ・アレルギーの種類はなんですか。 () ・どんな症状が出ますか。 () ・頓用薬(例エピペン,吸入薬)はお持ちですか。 薬の種類 ()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
②経過観察が必要と医師から言われたことがありますか。 どの様なことですか。差し支えなければ診断名をお知らせください。 ()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
③こだわりが強いですか。 どんなこだわりですか。具体的にご記入ください。 ()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
④安全な活動の為に、伝えておくことがありますか。 ()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

3歳の頃

・手を使わずにひとりで階段を登れますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・クレヨンなどで丸(円)を書きますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・衣服の着脱をひとりでできますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・自分の名前が言えますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・耳の聞こえが悪いのではないかと気になりますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・ままごと、ヒーローごっこなど、ごっこ遊びができますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・遊び友達がありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

4歳の頃

・階段の2、3段目の高さから飛びおりるようなことをしますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・片足でケンケンをしてとびますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・自分の経験したことをお母さんやお父さんに話しますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・お手本を見て十字が描けますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・衣服の着脱ができますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・友達とごっこ遊びをしますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・おしっこをひとりでしますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

・本紙記載の情報が提供会員に提供されることを承諾しますか。	<input type="checkbox"/> 承諾する
-------------------------------	-------------------------------

子供のチェックシート 5歳～6歳用

記入日 年 月 日

フリガナ ()

保護者署名 _____ 子供の名前 _____ 性別 _____ 通所施設名 _____

子供の様子について必ず保護者が記入してください。

・ベットの提供会員宅へ、預けることができますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・信号など安全確認のために、止まってと言われたら止まりますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
以下の①～④の質問の「 <input type="checkbox"/> はい」を選択された方は () 内に詳細をご記入ください		
①アレルギーはありますか。 ・アレルギーの種類はなんですか。 () ・どんな症状が出ますか。 () ・頓用薬(例エピペン,吸入薬)はお持ちですか。 薬の種類 ()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
②経過観察が必要と医師から言われたことがありますか。 どの様なことですか。差し支えなければ診断名をお知らせください。 ()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
③こだわりが強いですか。どんなこだわりですか。具体的にご記入ください。 ()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
④安全な活動の為に、伝えておくことがありますか。 ()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

5歳の頃		
・でんぐり返しができますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・思い出して絵を描くことができますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・色(赤、黄、緑、青)がわかりますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・はっきりした発音で話ができますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・うんちをひとりでしますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・幼稚園、保育所などの集団生活になじみ、楽しく過ごしていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・動物や花をかわいがったり、他人を思いやる気持ちを持ったりしているようですか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・お話を読んであげるとその内容が分かるようになりましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

6歳の頃		
・片足で5～10秒間立っていられますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・四角の形をまねて書けますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・自分の「前後」「左右」がおおよそわかりますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・ひらがなの自分の名前を読んだり、書いたりできますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・おもちゃやお菓子などを欲しくても我慢できるようになりましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・約束やルールを守って遊べますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

・本紙記載の情報が提供会員に提供されることを承諾しますか。	<input type="checkbox"/> 承諾する
-------------------------------	-------------------------------

子供のチェックシート 小学生用

記入日 年 月 日

フリガナ ()

保護者署名 _____ 子供の名前 _____ 性別 _____ 通学先 _____

子供の様子について必ず保護者が記入してください。

・ペットがいる提供会員宅へ、預けることができますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・お友達と約束やルールを守って遊べますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・信号など安全確認の為に、止まってと言われたら止まりますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

以下の①～④の質問の「はい」を選択された方は () 内に詳細をご記入ください

<p>①アレルギーはありますか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アレルギーの種類はなんですか。 () ・どんな症状が出ますか。 () ・頓用薬(例エピペン・吸入薬)はお持ちですか。 薬の種類 () 	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<p>②経過観察が必要と医師から言われたことがありますか。 どの様なことですか。差し支えなければ診断名をお知らせください。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 90%; margin: 0 auto;"></div>	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<p>③こだわりが強いですか。 どんなこだわりですか。具体的にご記入ください。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 90%; margin: 0 auto;"></div>	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<p>④学校以外の通所先がありますか。</p> <p>名称 ()</p> <p>所在地 ()</p>	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<p>⑤安全な活動の為に、伝えておくことがありますか。 (記入の一例)「予定が急に変更になるとパニックを起こすことがあります。しばらく待って説明をすると落ち着きますが、その際に身体に触ると余計にパニックを助長します。」など</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 90%; margin: 0 auto;"></div>	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

・本紙記載の情報が提供会員に提供されることを承諾しますか。

承諾する

