

## 発 達 質 問 票

この質問票は、お子さまの保育をすすめるにあたり、人員配置や専門家の指導を受けるなどの配慮を要するかどうかを判断する資料として、保護者のみなさまに記入していただくものです。記載された内容は、そのときの審査資料として用いるほか、守秘義務を負った専門の指導員に提供することはありますが、それ以外に使うことはありません。

また資料の保管については十分に配慮いたします。趣旨をご理解いただいたうえ、差し支えのない範囲でご記入ください。

—名古屋市—

※以下の質問について、当てはまる項目には、の中に印を打ってください。下線部分は具体的に記入してください。

1. お子さまの氏名： \_\_\_\_\_ 男・女  
生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生まれ 現在 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ か月
2. 妊娠や出産についてお伺いします。
  - ・妊娠(在胎期間) 何週目に生まれましたか： \_\_\_\_\_ 週、 出生体重 \_\_\_\_\_ グラム
  - ・出産の状況 正常、 異常 (カンシ分娩 吸引分娩 帝王切開 仮死出産)
  - ・出産時または生後4週間以内に医師等から言われたことや、気になったことがあれば書いてください。  
〔 \_\_\_\_\_ 〕
3. 次のことが出来たのは何歳何か月頃のことでしょう。分かる範囲で教えてください。
  - ・首がしっかりした： \_\_\_\_\_ か月頃 ・あやしたときに笑うようになった： \_\_\_\_\_ か月頃
  - ・お座りが一人で出来た： \_\_\_\_\_ か月頃 ・はいはいが出来た： \_\_\_\_\_ か月頃
  - ・人見知りをしていた： \_\_\_\_\_ か月頃 ・はじめて歩いた： \_\_\_\_\_ か月頃
  - ・はじめて言葉をしゃべった： \_\_\_\_\_ か月頃 ・その言葉は何でしたか( \_\_\_\_\_ )
  - ・離乳が出来た： \_\_\_\_\_ か月頃 ・オシッコを知らせるようになった： \_\_\_\_\_ か月頃
  - ・オシッコに一人で行けるようになった： \_\_\_\_\_ か月頃
  - ・ウンチが一人で出来るようになった： \_\_\_\_\_ か月頃
  - ・今まで大きな病気をしたことがあったらその病気の名前を書いてください。  
\_\_\_\_\_ (それはいつごろのことでしたか： \_\_\_\_\_ か月頃)  
\_\_\_\_\_ (それはいつごろのことでしたか： \_\_\_\_\_ か月頃)
  - ・発育や発達の中で、その頃、気になっていたことがあれば書いてください。  
〔 \_\_\_\_\_ 〕
4. 保健所の健診に行かれたことはありますか。
  - 3か月児健康診査 (そのときに何か言われましたか： \_\_\_\_\_ )
  - 1歳6か月児健康診査 (そのときに何か言われましたか： \_\_\_\_\_ )
  - 3歳児健康診査 (そのときに何か言われましたか： \_\_\_\_\_ )
  - 健診に行ったことがない

5. お子さまの発育や発達の中で専門の療育センターや医療機関に行かれたことはありますか。

- 行ったことがある 専門機関の名前： \_\_\_\_\_  
そこで主にどのようなことを言われましたか： \_\_\_\_\_
- 行ったことがない

6. 発育や発達のことに関して、診断を受けたことがありますか。

- 診断を受けた 専門機関の名前： \_\_\_\_\_  
そこでの診断名： \_\_\_\_\_  
それはいつ頃のことですか： \_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_ か月頃
- 診断を受けたことがない

7. 現在、継続的に通われている専門機関はありますか。

- 通っている 専門機関の名前： \_\_\_\_\_  
そこでは、どのような対応がなされていますか。
- 発達援助のための療育    言語訓練    遊戯療法
- 保護者の個別カウンセリング    保護者のグループカウンセリング
- 薬の処方    発達検査    その他 ( \_\_\_\_\_ )
- 通っていない

8. 次のような手帳をお持ちですか。また手当を受けていますか。

- 愛護手帳 ( \_\_\_\_ 度 ) はじめて判定を受けたのは ( \_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_ か月頃 )
- 身体障害者手帳 ( \_\_\_\_ 級 ) はじめて判定を受けたのは ( \_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_ か月頃 )
- 特別児童扶養手当 ( \_\_\_\_ 級 )
- その他 ( 具体的に書いてください： \_\_\_\_\_ )
- 手帳は持っていない

9. これまでに発達検査または知能検査を受けたことはありますか。

- 発達検査または知能検査を受けた  
いつ頃のことですか： \_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_ か月頃  
そこでどのようなことを言われましたか： (発達検査または知能検査の値等： \_\_\_\_\_ )
- 検査を受けたことがない

10. 保育所等にお子さまを預けるにあたり、先天性もしくは慢性の病気などのような身体のこと配慮が必要なことがあれば、書いてください。

( \_\_\_\_\_ )

子どもの氏名

11. お子さまの現在の発達の姿についてうかがいます。次の中からお子さまが出来るものすべてに☑をつけてください。

運動機能		社会性		言語	
移動運動	手の運動	生活習慣	対人関係	発語	理解
<input type="checkbox"/> 座った姿勢から立ち上がる	<input type="checkbox"/> なぐりがきをする	<input type="checkbox"/> スプーンで食べようとする	<input type="checkbox"/> ほめられると同じ動作を繰り返す	<input type="checkbox"/> 言葉にはならないが音声をまねしようとする	<input type="checkbox"/> 「バイバイ」のときに手を振る
<input type="checkbox"/> 一人で階段を一段毎に足をそろえて昇る	<input type="checkbox"/> コップからコップへ水に移す	<input type="checkbox"/> パンツをはかせるとき両足を上げる	<input type="checkbox"/> 簡単なことならお手伝いをする	<input type="checkbox"/> 意味の分かる言葉が3つ以上言える	<input type="checkbox"/> 指示により新聞などを持ってくる
<input type="checkbox"/> 足を交互に出して階段を昇る	<input type="checkbox"/> まねして○が描ける	<input type="checkbox"/> 一人でパンツをはく	<input type="checkbox"/> ごっこ遊びで役割を演じることが出来る	<input type="checkbox"/> 「ワンワン、きた」など、2語文が言える	<input type="checkbox"/> 目・耳・口・手・足・お腹が分かって指で指す(5つ以上)
<input type="checkbox"/> でんぐり返しをする	<input type="checkbox"/> 服のボタンを自分ではめる	<input type="checkbox"/> 上着を自分で脱ぐ	<input type="checkbox"/> 「～していい？」と大人の許可を求める	<input type="checkbox"/> 自分の姓名を言える	<input type="checkbox"/> 赤・青・黄・緑の色がすべて分かる
<input type="checkbox"/> ブランコで立ち乗りをしてこぐ	<input type="checkbox"/> ハサミを使って紙を直線にそって切る	<input type="checkbox"/> 信号を見て間違えずに道路を渡る	<input type="checkbox"/> ジャンケンの勝ち負けが正しく分かる	<input type="checkbox"/> 両親の姓名と住所を言える	<input type="checkbox"/> 5つまでの数が分かる

12. お子さまの気になる行動についてうかがいます。現在の家庭での様子から、「よく見られる」ものに○、「ときどき見られる」ものに△をつけてください。

行動に関するもの	<input type="checkbox"/> ( ) 落ち着きがなく、常に動きまわっている <input type="checkbox"/> ( ) 少しのことで興奮しやすく、よく泣いたり怒ったりする <input type="checkbox"/> ( ) 興味が移りやすく、他人のやっていることに気をとられやすい <input type="checkbox"/> ( ) 集中力がなく気が散りやすく、遊びがすぐに変わっていく <input type="checkbox"/> ( ) 大人の注意を惹こうとして、駄目といわれたことをやりたがる <input type="checkbox"/> ( ) 活発だが動きが乱雑で、物をなくしたり怪我をしたりする <input type="checkbox"/> ( ) いったん思いつくと待ってられず、順番や約束事が守れない <input type="checkbox"/> ( ) 日によって気分のむらが大きく、よくかんしゃくを起こす <input type="checkbox"/> ( ) 物の扱いが乱暴でオモチャなどすぐに壊してしまう <input type="checkbox"/> ( ) いつもそわそわと手足が動いていてじっとしてられない
----------	--

社 会 性 に 関 わ る も の	<ul style="list-style-type: none"> <li>( ) 数字やマークなど子どもらしくないものに興味があり、しばしば「自分だけの世界」に入り込んでいる</li> <li>( ) 興味のあることが限られており、そのことについては良く知っている</li> <li>( ) ごっこ遊びや絵本の読み聞かせなどに関心を示さない</li> <li>( ) コマーシャルを真似する、独り言を言う、相手の言ったとおりのことを言う、などが目立ち、言葉のやりとりが出来ない</li> <li>( ) 声のトーンが高く、抑揚のない話し方をする</li> <li>( ) 慣れている相手であっても、視線が合いにくい</li> <li>( ) 遊びのときに相手と協調することに考えが及ばない</li> <li>( ) 一つのことに強くこだわることがあり、次の行動に移れない</li> <li>( ) 遊びや日常生活の中に自分なりのやり方や手順が決まっていて、手出しや口出しをされるとパニックになる</li> <li>( ) 手のひらをパタパタさせたりひらひらさせたりする類の、繰り返し動作に没頭する</li> </ul>
情 緒 に 関 わ る も の	<ul style="list-style-type: none"> <li>( ) 訳もなく人を叩いたり、噛み付いたりする</li> <li>( ) 人にもものを投げたり、唾を吐きかけたりする</li> <li>( ) 食事の好き嫌いが激しい</li> <li>( ) パンツの中や、部屋の隅など、トイレでないところで排泄する</li> <li>( ) 夜尿がある</li> <li>( ) 遊んでいるときにもオシッコのお漏らしがある</li> <li>( ) 食べ物でないものを食べたり口に入れたりする</li> <li>( ) 寝つきが悪かったり、睡眠が不規則である。</li> <li>( ) 寝ぼけ、夜泣きなどがある</li> <li>( ) 自分の体を噛んだり、頭を壁や床に打ち付けたりする</li> <li>( ) 無意識に体が突発的に動いてしまうチックがある</li> <li>( ) 性器いじりをする</li> </ul>

そのほかに、家庭で気になっている行動があれば、具体的に書いてください。

.....

.....

.....

13. ここまでに書ききれなかったことで、発育について気になることがあれば書いてください。

.....

.....

.....

保 護 者 確 認 欄	<p>この書面に記載された内容については、資料として使用することを承諾します。 また、必要な場合には、記載の療育センターや医療機関などに、診断名や検査結果及び保育する上での注意事項などを照会されることに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">保護者住所：</p> <p style="text-align: right;">氏名(自署)：</p> <p style="text-align: right;">電話：</p>
----------------------------	---