

発達 の 状 況	1	身体障害者手帳、愛の手帳、精神障害者保健福祉手帳のいずれかをお持ちですか。	はい	いいえ
		手帳名 () () 級・度 ※写しをご提出ください。		
	2	発達や言葉のことで、病院や子ども発達支援センター（ゆりのき）、その他の施設に通院や通所（療育）、相談をしていますか。	はい	いいえ
		病院・施設名 ()		
		相談内容・診断名 ()		
		通院・通所開始時期 (平成 年 月 ~) 通院・通所頻度 (月・週 回)		
	3	首がすわったのはいつ頃ですか？	() か月頃	まだ
		お座りを始めたのはいつ頃ですか？	() か月頃	まだ
		這い這いを始めたのはいつ頃ですか？	() か月頃	まだ
		つかまり立ちを始めたのはいつ頃ですか？	() か月頃	まだ
	4	声をかけるとそちらの方を見ようとしますか？	はい	いいえ
	5	目（視線）を合わせますか？	よく合う	合いにくい
	6	普段一緒にいる人が見えなくなったときに探したり泣いたりしますか？	はい	いいえ
	7	歩き始め（一人歩き）はいつ頃ですか？	() 歳() か月頃	まだ
	8	意味のある単語（ママ・ワンワン等）を話し始めたのはいつ頃ですか？	() 歳() か月頃	まだ
9	簡単な指示（おいで・まってね・だめよ等）を理解できますか？	はい	いいえ	
10	指さしで意思を伝えようとしますか？	はい	いいえ	
11	友達と一緒にいることを喜びますか？	はい	いいえ	
12	突然、理由なく、たいたり、かみついたり奇声をあげたりしますか？	はい	いいえ	
13	特定のものごとにこだわることがありますか？ (数字・図形・遊び・食べ物など)	はい	いいえ	
14	人に触られることや音を嫌がることがありますか？	はい	いいえ	
15	なかなか寝付けない、短い時間で起きるなど睡眠で困ったことがありますか？	はい	いいえ	
その他	上記以外に発達の状況で気になることや配慮が必要なことがあればご記入ください。			