



## 現在の状況について

生活の状況	発達の状況					
	項目	歳	か月	項目	歳	か月
	首のすわり			ひとり歩き		
	寝返り			指さし		
	お座り			片言を話す		
	ハイハイ			二語文を話す		
	つかまり立ち			三語文を話す		
	身辺自立、生活習慣の面で気になることはありませんか <div style="background-color: #ffffcc; height: 80px; border: 1px solid black;"></div>					
遊び	好きなひとり遊び、親御さんとの遊びは何ですか また、遊びの面で気になることはありませんか <div style="background-color: #ffffcc; height: 80px; border: 1px solid black;"></div>					
運動	移動					
	歩行		<input type="checkbox"/> 手つなぎなしで歩く		<input type="checkbox"/> 走る	
	階段の昇降		<input type="checkbox"/> できない		<input type="checkbox"/> 手つなぎ <input type="checkbox"/> 手すりを使う <input type="checkbox"/> 1段ずつ足をそろえる <input type="checkbox"/> 両足交互に使う	
	運動		<input type="checkbox"/> 両足でとぶ		<input type="checkbox"/> 台から飛び降りる <input type="checkbox"/> ケンケンをする <input type="checkbox"/> スキップをする	
	手・脚の運動、手先の運動で気になることはありませんか <div style="background-color: #ffffcc; height: 80px; border: 1px solid black;"></div>					
コミュニケーション	親御さんや他の大人とどんなやりとりをしますか <div style="background-color: #ffffcc; height: 80px; border: 1px solid black;"></div>					
	これまでお書きになったこと以外に気になることがありますか <div style="background-color: #ffffcc; height: 80px; border: 1px solid black;"></div>					

# 医療について

通院している医療機関  有  無

医療機関名	開始年月	曜日・回数	診療科	疾患名

これまでにかった大きな病気はありましたか

これまでにひきつけを起こしたことはありますか

なし  あり → 時期 歳 か月 その後 回

これまでに受けた医学的検査とその結果

検査名	実施機関名	検査年月日	異常の有無
聴力検査			有 ・ 無
視力検査			有 ・ 無
染色体検査			有 ・ 無
CTスキャン			有 ・ 無
MRI			有 ・ 無
脳波検査			有 ・ 無