**発達に関するアンケートについて（3歳以上児用）**

**名前**

一人一人のお子様が健康で安全に過ごせるように家庭との緊密な連携の下、お子さまの状況や発達過程についてのアンケートの協力をお願いします。

現在のお子様の様子について教えてください。（該当する項目に〇を付けて下さい。）

〇基本的生活習慣について

【食事】

・自分で食事ができますか　　　　　できる　　・　　できない

・極度な偏食がありますか　　　　　　ない　 　・　　ある　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・食物アレルギーはありますか　　　ない　 　・　　ある　　除去が必要な食材（ ）

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　処方薬　　ない　　　・　　　ある　　（種類　　　　　　　 　　　　　）

 アナフィラキシー既往歴　　ない　　・　　　ある

【排泄】

・自立していますか　　　　　　　　　　　　はい　・　いいえ（おむつ使用）

【着脱】

・自立していますか はい　・　いいえ

・自分でできますか　　　　　　　　　　　　靴下　・　靴　・　パンツ　・　ズボン　・　Ｔシャツ

【睡眠】

・午睡の習慣はありますか　　　　　　 はい　　・　　いいえ

・添い寝をしなくても寝ますか　 　　 はい　　・　　いいえ

〇社会性について

【対人関係】

・人見知りが激しかったり、新しい場所を嫌がったりしますか　　　　　 はい　　・　　いいえ

・呼びかけたら（名前を呼んだら）振り向きますか　　　 　　　　　　　　　　 はい　　・　　いいえ

・視線が合いますか？　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 はい　　・　　いいえ

・出かけると勝手に一人でどこかへいってしまうことがありますか　　　 はい　　・　　いいえ

・人と関わって遊んでもらうことを喜びますか　　　　　　　　　　　 はい　　・　　いいえ

【ことば】

・要求を言葉で伝えますか はい　　・　　いいえ

・要求を指差しして伝えますか はい　　・　　いいえ

・名前や年齢など聞かれると、言葉で答えることができますか はい　　・　　いいえ

＊裏面もあります。

【行動面で気になること】

**＊以下の項目で、該当する項目に〇を付けて下さい。（複数回答可）**

・指しゃぶり　　　　　・どもり　　　　　　 ・つめかみ　　 　　・かみつき

・多動　　　　　　　　　・自傷行為　　　　　・落ち着きがない　　　　　　　　　・乱暴である

・音を怖がる　　　 ・いつもと違うことがあると不安がる　　　　　　　　・パニックになる

・こだわり　　 　・神経質　　 　・かんしゃくを起こす　　 　・集団行動がとれない

・感覚過敏がある（聴覚・視覚・触覚・味覚・嗅覚）　・手足や身体に不自由なところがある

・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

【これまでの病気について】

・出生時、何か異常がありましたか　　　　ない　　　・　　　　ある　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・熱性けいれん　 　ない　　・　　　ある 初回　　　年　　　月　　　最後　　　年　　　月　　これまでに（　　　　　　）回

・てんかん　　　 　ない　　・　　　ある　　　初回　　　年　　　月　　　最後　　　年　　　月　　これまでに（　　　　　　）回

・脱臼　　　　　　　　　　ない　　・　　　ある　　　（脱臼した部分：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・その他の既往歴（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

【健康診断について】(例：視力、耳の聞こえ、言葉、落ち着き、身長等)

・健診時に指導された内容をご記入ください。

10カ月健診 　 未受診　・　受診　 （指導内容: 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

1歳半健診　　　未受診　・　受診　 （指導内容: 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

2歳児健診　　 未受診　・　受診　 （指導内容: 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

3歳児健診　　　未受診　・　受診　 （指導内容: 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

【支援教室について】

・下記の機関に通っている方、または過去に通っていた方は該当する項目に〇を付けて下さい。

・親子通所（スマイルルーム）　 　　（　　　　　　年　　　　月　　　　日より利用）

・発達支援事業所 （事業所名：　　　　　 　　　　　年　　　　月　　　　日より利用）

・医療機関（岐阜県立希望が丘こども医療センター等）（　　　　　　年　　　　月　　　　日より利用）

　 　・その他　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

岐南町主催の入園に伴う相談会(発達面について）を希望されますか。（育児に関する相談ではありません）

する　・　しない

【その他、集団の中に入るにあたって心配なことがあればご記入ください】

＊ご記入ありがとうございました。