**＜発達支援記録＞**※母子健康手帳等を確認し、わかる範囲でご記入ください　　　　　NO.2

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

【成育歴】

|  |  |
| --- | --- |
| 妊娠期 | 異常（ 有　・　無 ）　　入院（ 有　・　無 ）　　貧血による内服（ 有　・　無 ）  ・出血　　　　　　　　　　　　　　・ その他  ・切迫流早産  ・妊娠高血圧症候群 |
| 出生時 | 在胎週数（　　　　　週）　　　　　　　　　・分娩異常（ 有　・　無 ）  出生時体重（　　　　　　　ｇ）　　　　　　 【　　　　　　　　　　　　　　　　　】  出産医療機関　　　　　　　　　　　　　　　・新生児期の異常（ 有　・　無 ）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 【　　　　　　　　　　　　　　　　　】 |
| 発達状況 | ・首のすわり（　　　　か月）　　　　・言葉（単語）が出る（　　　歳　　　か月）  ・はいはい（　　　　　か月）　　　　・二語文が出る（　　　歳　　　か月）  ・１人歩き（　　　歳　　　か月）　　・おしめを外した時期（　　　歳　　　か月）   * その他 |
| 養育者 | 家で主に育児をした人  　　母　・　父　・　祖父母　・　おじおば　・（　　　　　　　　　　　　　　　　） |

【乳幼児健診の結果等】

|  |  |
| --- | --- |
| ４か月児  健診 | 異常なし ・ 要観察 ・ 要医療 ・ 既医療 ・ 要精密 |
| １歳６か月児  健診 | 異常なし ・ 要観察 ・ 要医療 ・ 既医療 ・ 要精密  心理相談　有 ・ 無 |
| ２歳児  育児教室 | 異常なし ・ 要観察 ・ 要医療 ・ 既医療  心理相談　有 ・ 無 |
| ３歳児健診 | 異常なし ・ 要観察 ・ 要医療 ・ 既医療 ・ 要精密  言語相談　有 ・ 無 |
| ナーサリー  ルーム | 参加した（　　　　年　　月～　　　　年　　月） ・ 参加していない |

上記記載内容を

関係機関へ情報提供することに同意します。

（※**ボールペンで**記入してください）

保護者氏名

記載者

[　　　　　　　　　　　　　　　　　　]