

※ぱんだ教室初回参加時に  
ご記入の上、ご持参ください

ぱんだ教室 個人票

記入日：令和 年 月 日 記入者：

(ふりがな)		男		在籍園・学校		
本人氏名		女		年 月 日生 ( 歳 月)		
現住所		〒		TEL	( )	
				携帯	( )	
家族	本人との続柄	氏名	年齢	備考(職業等)		
生育	妊娠中	良好・普通・病弱		服薬	無・有	
		母親の健康		無・有 妊娠中毒症・貧血・ 強いつわり・切迫流産・糖尿病・その他( )		
	出生時	分娩	熟産・早産( 週 日)・遅産( 週 日) 安産・難産 微弱陣痛・吸引分娩・鉗子分娩・逆子・帝王切開・その他( )			
		出生直後	仮死(無・有)・けいれん(無・有)・ひきつけ(無・有)・チアノーゼ(無・有) 高熱(無・有)・黄疸(無・普通・強)・その他( )			
		体重	g	身長	cm	胸囲 cm 頭囲 cm
歴史	乳	栄養 哺乳力	母乳・混合・人工・その他( ) 強・中・弱		泣き方 身体発育	強・中・弱 良好・普通・不良
	児	首の座り( 歳 月)	つかまり立ち( 歳 月)	片言を言う( 歳 月)	あやすと笑う(有・無)	
		寝返り( 歳 月)	伝い歩き( 歳 月)	離乳完了( 歳 月)	聴覚過敏(有・無)	
	期	おすわり( 歳 月)	ひとり歩き( 歳 月)	目が合った(有・無)	人見知り(有・無)	
	はいはい( 歳 月)	歯の生え始め( 歳 月)	夜泣き(有・無)			
医療・相談・保育・教育	4ヶ月児健診	受診・未受診：				
	1歳半健診	受診・未受診：				
	3歳児健診	受診・未受診：				
	受診療育先	【PT： OT： ST： 】				
	診断・障害名	服薬(無・有： )				
	◎生活の中で困っていること	<ul style="list-style-type: none"> <li>・運動面の発達がゆっくり</li> <li>・ことばが少ない</li> <li>・日常生活動作に援助を要する</li> <li>・集団参加が難しい</li> <li>・その他( )</li> </ul>				
	◎今後の方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関への受診を 検討中・受診中</li> <li>・療育の利用を 検討中・希望(希望園： )</li> <li>・児童発達支援センターの入園を 検討中・希望(希望園： )</li> <li>・地域への就園を 検討中・希望(希望園： )</li> <li>・その他( )</li> </ul>				
◎相談事項などあればご記入ください						

※裏面もご記入お願いいたします。

お子さんの様子 ※該当するところ簡単に構いませんので、ご記入ください					
食 事	道具(はし・エジソン箸・スプーン・フォーク・手づかみ・全面介助) 偏食(－・＋： )				
排 泄	《排尿》(＋・－)予告(＋・－) 《排便》(＋・－)予告(＋・－) 《オムツ使用》(無・有：常時・夜間のみ・外出時のみ)				
着 脱 衣	《着衣》上(＋・－)・下(＋・－) 《靴》(脱ぐ・履く) 《脱衣》上(＋・－)・下(＋・－) 《靴下》(脱ぐ・履く) ( ボタン ・ ファスナー ・ スナップ )				
遊 び	《好きな遊び》				
こ と ば	<input type="checkbox"/> 発声発語 <input type="checkbox"/> 身振り <input type="checkbox"/> 単語 <input type="checkbox"/> 二～三語文 <input type="checkbox"/> コミュニケーション可 <input type="checkbox"/> 指示理解( )				
運 動	<input type="checkbox"/> 独歩可能 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 自力移動( )				
対 人 関 係	《要求行動》(－・＋： ) 《やりとり》対大人( )・対子ども( ) 《集団適応》( ) 《ルール理解》( )				
自 己 統 制 感 情	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 難しい <input type="checkbox"/> 多動 <input type="checkbox"/> 寡動 <input type="checkbox"/> どちらでもない				
睡 眠	<input type="checkbox"/> 安定 ( 時～ 時) <input type="checkbox"/> 不安定				
乱 暴	<input type="checkbox"/> あり : ( 自傷 ・ 他害 ・ 対物： ) <input type="checkbox"/> なし				
こ だ わ り 感 覚 の 問 題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり : ( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり : ( )				
認 知	《理解》(写真・絵カード、色、形) 《比較概念》( ) 《文字》 <input type="checkbox"/> 興味あり <input type="checkbox"/> 読む <input type="checkbox"/> 書く 《数字》 <input type="checkbox"/> 興味あり <input type="checkbox"/> 読む <input type="checkbox"/> 書く				
その他  ※何かあれば  ご記入ください	*アレルギー：なし あり (具体的にご記入ください： )				
紹介者					
療 育 手 帳	A・B	取得年月日： 年 月 日	身体障害者手帳	1級・2級	取得年月日： 年 月 日
初回参加	令和 年 月 日	来園者		受付職員	

※一番下の欄、初回参加・来園者・受付職員はこちらで記入いたします。