|  |
| --- |
| 別記　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様式第１号（第３条関係） |
| 問　　診　　票 | フリガナ | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 生年月日 | 　年　　月　 日　　（　　　歳　　　か月） |
| 児童氏名 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  **1．出生について**在胎週数（　　　　　週）　　体重（　 　　 ｇ）　　　身長（ 　　 ㎝） |
|  **２．運動発達の経過について** | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　　首すわり（　　　　か月）　 寝返り　（　　　　　か月）　　おすわり（　　　　か月） |  |  |  |  | 　 |
| 　　はいはい（　　　　か月） つたい歩き（　　　　　か月） 歩きはじめ（　　　　か月） |  |  |  |  | 　 |
|  **３．平熱** （　　　　　　　　　） ℃ |
|  **4．これまでの健診結果について** |
| 　　　１歳６か月児健診　 □受けていない　□受けた　　　　　 　□医師からの助言内容（　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 　　　３歳６か月児健診 □受けていない　□受けた　　　　　 　□医師からの助言内容（　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
|  **５．入院歴** |
| 　　□ない　□ある　病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） 入院時期（　　　歳　　　か月）　入院期間（　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　 |
| 　　　　　　　　　　　治療状況　□完治　　□経過観察 |
|  **現在治療中の病気** |
| 　□ない　□ある　病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　治療状況（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  **６．かかりやすい病気等について**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| （１）熱性けいれんをおこしたことはありますか。　 □ない　□ある　 回数（　　　　　　）　最終発症日（　　　　　　 ） |
|  　　けいれんを予防するための座薬の処方はありますか。　□ない　□ある　薬品名（　　　　　　　　　　　　　　　　 　 ） |
| （２）脱臼や肘内障をおこしたことがありますか。　　　　　　　　□ない　□ある　部位（　　　　）　回数（　　　　） |
| **７．食事について** | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | （1）内容 | □母乳　□ミルク□混合栄養 |

|  |
| --- |
|  |

 | 　　　　 回数　　（　　　　　　回） |  |  |  |  |  | 　 |
| 　 |  |  |  | 　　　　 １回量 （　　　　　 ｍｌ） |  |  |  |  |  | 　 |
| 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　 |
| 　 |  |  | □離乳食 |  |  | 回数　　（　　　　　　回）　　 |  |  |  |  |  | 　 |
| 　 | 　 | 　 | □幼児食― | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | （２）食物アレルギ |  | □ない　□ある　※詳細については、入園決定後に各施設へお伝えください。 | 　 |
| 　 |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |

 | 原因食品 |  |  |  |  |  |  |  | 　 |
| 　 |  |  |  |  |  |  | 症状 |  |  |  |  |  |  |  |  | 　 |
| 　 |  |  |  |  | エピペンの処方はありますか。 　　　　□ない　□ある |  |  |  | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 緊急時服用薬の処方はありますか。　□ない　□ある | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | （３）食べ方 | □経験があるもの　【□てづかみ　□スプーン　□フォーク　□はし　□ストロー　□コップ】 | 　 |
| 　 |  |  | □食べさせてもらう。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　 |
| 　 |  |  | □自分で食べようとするが、手伝いが必要 |  |  |  |  |  |  |  | 　 |
| 　 | 　 | 　 | □１人で食べる。　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | （４）宗教による食事の制限 | □ない　□ある　※詳細については、入園決定後に各施設へお伝えください。 |
| 　 |
| 　 |  |  |  |  |  | 　　　　　　対象食品（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　 |  | 　 |
| 　 |  |  |  |  |  |  | 　 |
| 　 |  | 給食の献立によっては、弁当の持参をお願いする場合があります。 |

|  |
| --- |
|  |
| **８．お子さんの成長や発達の面の心配事項について** |
| 　□発音がはっきりしないことが多くある。　□話しはじめの音や言葉を繰り返すことが多くある（吃音)。 |
| 　□聞こえが心配なことがある。　　　　　　　□思いどおりにならないと長時間パニックとなることがある。　　  |
| 　□おちつきがないと感じることがある。 □他の人をかんだり、たたいたりすることがある。 |
|  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **９．身体障害者手帳や療育手帳の有無**□ない　□ある→□身体障害者手帳　□療育手帳 |
| **1０．ことばと発達の相談室又は児童発達支援機関の利用** |
|  　□ない　□ある　　施設名や内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　） |
| 　　　　　　　　　　　　　必要に応じて情報共有をしてよろしいですか。　□はい　□いいえ |
| **1１．施設で注意して欲しいことや伝えておきたいこと** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **特記事項（市記入欄）**　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  |
|  |
|  |
|  |