

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(cm)				
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 () °C				
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歳児健診 ☐ 受けていない ☐ 受けた ☐ 医師からの助言内容()				
5. かかったことのある病気や現在治療している病気について ☐ ない ☐ ある 病名() ☐ 完治 ☐ 治療中 ☐ 経過観察 ☐ ある 病名() ☐ 完治 ☐ 治療中 ☐ 経過観察				
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がありますか。 ☐ 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 ☐ 離乳食 ☐ 幼児食 回数 (回) 1回量 (ml) 回数 (回) (2)食物アレルギー ☐ 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 エピペンの処方がありますか。 ☐ ない ☐ ある 緊急時服用薬の処方がありますか。 ☐ 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ずることがある。 ☐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()
ライフサポートファイルはお持ちですか。 ☐ない ☐ある
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)