

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 <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 医師からの助言内容() 3歳6か月児健診 <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 医師からの助言内容()				
5. 入院歴 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 病名() 入院時期(歳 か月) 入院期間() 治療状況 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 経過観察				
現在治療中の病気 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 部位() 回数()				
7. 食事について (1)内容 <input type="checkbox"/> 母乳 } 回数 (回) <input type="checkbox"/> ミルク } 1回量 (ml) <input type="checkbox"/> 混合栄養 } <input type="checkbox"/> 離乳食 } 回数 (回) <input type="checkbox"/> 幼児食 }				
(2)食物アレルギー <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 緊急時服用薬の処方がありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある				
(3)食べ方 <input type="checkbox"/> 経験があるもの【 <input type="checkbox"/> てづかみ <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> ストロー <input type="checkbox"/> コップ】 <input type="checkbox"/> 食べさせてもらう。 <input type="checkbox"/> 自分で食べようとするが、手伝いが必要 <input type="checkbox"/> 1人で食べる。				
(4)宗教による食事の制限 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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()

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)