

問 診 票	フリガナ	生 年 月 日	年 月 日 ( 歳 か月)										
	児 童 氏 名												
1. 妊娠中の疾病 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 強いつわり <input type="checkbox"/> 妊娠中毒症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 貧血症 <input type="checkbox"/> 切迫流産 <input type="checkbox"/> 切迫早産 <input type="checkbox"/> 羊水過多症 <input type="checkbox"/> その他( )													
2. 分娩について <input type="checkbox"/> 正 常 <input type="checkbox"/> その他 → <input type="checkbox"/> 早期破水 <input type="checkbox"/> 微弱陣痛 <input type="checkbox"/> 骨盤位 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 鉗子分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 臍帯巻絡													
3. 出生について 在胎週数( 週) 体重( g) 身長( cm) 頭囲( cm) 胸囲( cm) 産院名( ) ※下記にあてはまる項目はありましたか。 <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 低体重 <input type="checkbox"/> 未熟児 <input type="checkbox"/> 保育器に入った。( 日間) <input type="checkbox"/> 強い黄疸があった。 → <input type="checkbox"/> 交換輸血 <input type="checkbox"/> 光線療法 <input type="checkbox"/> 母乳栄養中止 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 酸素使用 <input type="checkbox"/> その他( )													
4. 1日の生活リズムについて 食事(ミルク・母乳・おやつを含む。)、遊び、お昼寝等の時間を記入してください。  <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="text-align:center;">起床</td> <td style="text-align:center;">朝食</td> <td style="text-align:center;">昼食</td> <td style="text-align:center;">夕食</td> <td style="text-align:center;">就寝</td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">( 時 )</td> <td style="text-align:center;">( 時 )</td> <td style="text-align:center;">( 時 )</td> <td style="text-align:center;">( 時 )</td> <td style="text-align:center;">( 時 )</td> </tr> </table>				起床	朝食	昼食	夕食	就寝	( 時 )	( 時 )	( 時 )	( 時 )	( 時 )
起床	朝食	昼食	夕食	就寝									
( 時 )	( 時 )	( 時 )	( 時 )	( 時 )									
5. 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) 形状( ) <input type="checkbox"/> 幼児食 回数 ( 回)													
(2)食べ方 <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。 → 【 <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】													
(3)食物アレルギー <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 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													
(4) 宗教上等により、食べることができない食物はありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(対象食品 )													
(5) 家族の中でアレルギーを持っている方はいますか。 <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる(誰が ) (原因 )													
6. 着替えについて <input type="checkbox"/> 1人でできない <input type="checkbox"/> 自分で着替えようとするが手伝いが必要 <input type="checkbox"/> 1人でできる → 【 <input type="checkbox"/> 帽子 <input type="checkbox"/> シャツ <input type="checkbox"/> ボタンかけ <input type="checkbox"/> パンツ <input type="checkbox"/> 靴下】													
7. 排泄について <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 夜だけおむつ <input type="checkbox"/> オマル → 尿意は <input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> トイレでできる → <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえばできる <input type="checkbox"/> 1人でできる													

8. 今までに病気にかかって、入院したことはありますか。 □ない □ある 病名( ) 治療状況( )	
9. 睡眠時などに、無呼吸や呼吸が不規則になったことはありますか。□ない □ある	
10. 現在治療中又は定期的に診ている病気はありますか。 □ない □ある 病名( ) 治療状況( )	
11. かかりやすい病気等がありますか。 □ない □ある 病名( ) 治療状況( ) (1) 熱性けいれんをおこしたことはありますか。 □ない □ある いつ( ) 何回( ) 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) 脱臼をしたことがありますか。 □ない □ある いつ( ) 何回( ) 部位( )	
12. これまでの健診結果はどうでしたか。 *平熱を教えてください。( ) °C 1か月健診 □受けていない □受けた → □心配なし □医師からの助言内容( ) 3~6か月健診 □受けていない □受けた → □心配なし □医師からの助言内容( ) 9~11か月健診 □受けていない □受けた → □心配なし □医師からの助言内容( ) 1歳6か月児健診 □受けていない □受けた → □心配なし □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 → □心配なし □医師からの助言内容( ) ※健診後に、医師等から助言を受け経過観察となっていることはありますか。□ない □ある ( )	
13. 運動発達の経過について教えてください。 首すわり( か月) 寝返り ( か月) おすわり( か月) はいはい( か月) つたいあるき( か月) 歩き始め( か月)	
14. ことばや理解の発達について教えてください。 *( )の時期は発達の目安であり、個人差があります。 □人に向かっておしゃべりをしようと声を出す。 (4~10か月頃) □なにか欲しいものがあるとき、指をさして要求する。 (11か月~1歳3か月頃) □「ママ」「ワンワン」等意味のある単語を2語以上話す。 (1歳~1歳4か月頃) □「~どれ?」と質問すると、指さしをして教えてくれる。 (1歳3か月~1歳9か月頃) □「○○ちょうだい」と言葉だけで聞いて、持ってくる。 (1歳~1歳6か月頃) □「ワンワン、きた」など2つつなげたことばを話す。 (1歳6か月~2歳6か月頃) □身近なおもちゃを使って簡単なごっこ遊び(電車ごっこ等)をする。 (2歳~2歳6か月頃) □同年齢の子どもと簡単な会話ができる。 (3歳頃) □名前や年齢を尋ねられると答えられる。 (3歳頃)	
15. お子さんの成長や発達の面で心配なことはありますか。 □発音を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( )	
16. 身体障害者手帳や療育手帳をお持ちですか。□ない □ある→□身体障害者手帳 □療育手帳	
17. 児童発達支援機関を利用していますか。 □ない □ある→ 施設名や内容( )	
18. 保育園で注意して欲しいことや伝えておきたいことはありますか。	

【電話確認内容・特記事項】

確認日 年 月 日 確認者