

問 診 票	フリガナ	生年月日	平成・令和 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・おやつ含め)・遊び・お昼寝等の時間を記入してください  起床 朝食 昼食 夕食 就寝 時間 [ 時 ] [ ] [ ] [ 時 ] [ ]			
5. 食事について (1) 内容 <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 幼児食			
(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) 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 [ ] そのときの状況 [ ]

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. 現在治療中また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。  
熱がよく出る 熱性けいれんをおこしたことがある ぜいぜいしやすい→喘息の診断あり 咳で嘔吐しやすい  
鼻水がよく出る 下痢をしやすい 扁桃腺炎をおこしやすい その他 ( )  
 ※脱臼をしたことがありますか ない・ある→脱臼部位 [ ]

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ヶ月健診 受けていない・受けた → 心配なし・その他 ( )  
 4か月乳児相談 受けていない・受けた → 心配なし・その他 ( )  
 3～6ヶ月健診 受けていない・受けた → 心配なし・その他 ( )  
 9～11か月健診 受けていない・受けた → 心配なし・その他 ( )  
 1歳6か月児健診 受けていない・受けた → 心配なし・その他 ( )  
 3歳6か月児健診 受けていない・受けた → 心配なし・その他 ( )  
 ※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 \* ( ) の時期は発達のめやすであり、個人差があります  
人に向かっておしゃべりをしようとする (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 (11～1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」とことばだけで聞いて、もってくる (1～1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 (2～2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。  
発音がはっきりしないことが多い 話しはじめの音やことばを繰り返すことが多い(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、ライフサポートファイルをお持ちですか。  
ない・ある → 身体障害者手帳 ( ) 級) 療育手帳 ( ) 級) ライフサポートファイルあり

17. 保育園で注意してほしいことや伝えておきたいことはありますか。

【面接者所見・特記事項】 面接日 令和 年 月 日 面接者