|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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）** | | | | | | |
|  |
|  |
|  |
|  | | | | | | | |