

# 児童の問診票

児童の名前			性別	生年月日	記入時の年齢																				
ふりがな			男・女	平成 年 月 日 令和	歳 か月																				
出生時の状況	妊娠期間	体重	身長	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 低体重 <input type="checkbox"/> 酸素使用 <input type="checkbox"/> その他 ( )																					
	週	g	cm																						
健康状態	<p>・今までに下記の病気にかかったことがありますか。</p> <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> なし <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>① 心臓病</td> <td>② 川崎病</td> <td>③ ぜんそく</td> <td>④ 聞こえづらい</td> </tr> <tr> <td>⑤ 視覚障害</td> <td>⑥ 熱性けいれん</td> <td>⑦ てんかん</td> <td>⑧ その他基礎疾患( )</td> </tr> </table> <p>・該当する番号( : 歳 か月 のとき、 : 歳 か月 のとき)</p> <p>・現在の病気の状況について</p> <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 (番号: ) → <input type="checkbox"/> 通院(病院名: ) <input type="checkbox"/> 服薬( <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 ) <input type="checkbox"/> その他( ) <p>・医療的ケアの必要性について</p> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 痰の吸引 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 経管栄養( <input type="checkbox"/> 口腔・ <input type="checkbox"/> 鼻腔・ <input type="checkbox"/> 気管切開部 ) <input type="checkbox"/> その他( )					① 心臓病	② 川崎病	③ ぜんそく	④ 聞こえづらい	⑤ 視覚障害	⑥ 熱性けいれん	⑦ てんかん	⑧ その他基礎疾患( )												
① 心臓病	② 川崎病	③ ぜんそく	④ 聞こえづらい																						
⑤ 視覚障害	⑥ 熱性けいれん	⑦ てんかん	⑧ その他基礎疾患( )																						
アレルギー	<p>・現在、アレルギーはありますか。</p> <input type="checkbox"/> あり → <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">原因物質</th> <th style="width: 40%;">症状</th> <th style="width: 30%;">アナフィラキシーの有無</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>有・無</td> </tr> </tbody> </table> <input type="checkbox"/> なし <p><input type="checkbox"/> 不明 → (不明の理由: )</p> <p>・アレルギーではないものの、上記以外で食べたり飲んだりしてはいけない食材はありますか。</p> <input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし					原因物質	症状	アナフィラキシーの有無			有・無			有・無			有・無								
原因物質	症状	アナフィラキシーの有無																							
		有・無																							
		有・無																							
		有・無																							
健診の受診状況	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">4か月健診</td> <td><input type="checkbox"/> 受診あり (受診場所: )</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 未受診 (その理由: )</td> </tr> <tr> <td>乳児後期健診</td> <td><input type="checkbox"/> 受診あり (受診場所: )</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 未受診 (その理由: )</td> </tr> <tr> <td>1歳6か月健診</td> <td><input type="checkbox"/> 受診あり (受診場所: )</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 未受診 (その理由: )</td> </tr> <tr> <td>2歳6か月児歯科健診</td> <td><input type="checkbox"/> 受診あり (受診場所: )</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 未受診 (その理由: )</td> </tr> <tr> <td>3歳6か月健診</td> <td><input type="checkbox"/> 受診あり (受診場所: )</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 未受診 (その理由: )</td> </tr> </table>					4か月健診	<input type="checkbox"/> 受診あり (受診場所: )		<input type="checkbox"/> 未受診 (その理由: )	乳児後期健診	<input type="checkbox"/> 受診あり (受診場所: )		<input type="checkbox"/> 未受診 (その理由: )	1歳6か月健診	<input type="checkbox"/> 受診あり (受診場所: )		<input type="checkbox"/> 未受診 (その理由: )	2歳6か月児歯科健診	<input type="checkbox"/> 受診あり (受診場所: )		<input type="checkbox"/> 未受診 (その理由: )	3歳6か月健診	<input type="checkbox"/> 受診あり (受診場所: )		<input type="checkbox"/> 未受診 (その理由: )
	4か月健診	<input type="checkbox"/> 受診あり (受診場所: )																							
	<input type="checkbox"/> 未受診 (その理由: )																								
乳児後期健診	<input type="checkbox"/> 受診あり (受診場所: )																								
	<input type="checkbox"/> 未受診 (その理由: )																								
1歳6か月健診	<input type="checkbox"/> 受診あり (受診場所: )																								
	<input type="checkbox"/> 未受診 (その理由: )																								
2歳6か月児歯科健診	<input type="checkbox"/> 受診あり (受診場所: )																								
	<input type="checkbox"/> 未受診 (その理由: )																								
3歳6か月健診	<input type="checkbox"/> 受診あり (受診場所: )																								
	<input type="checkbox"/> 未受診 (その理由: )																								
<p>・上記の健診や医療機関等でアドバイスや指導を受けられましたか。</p> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 言葉の遅れ</td> <td><input type="checkbox"/> 身体的な発達の遅れ</td> <td><input type="checkbox"/> 理解面での指摘</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 多動傾向</td> <td><input type="checkbox"/> こだわりがある</td> <td><input type="checkbox"/> 偏食</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 体重の指摘</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> その他(内容: )</td> </tr> </table> <p>・専門機関の受診や幼児教室等に参加していますか。</p> <input type="checkbox"/> している(施設・機関名: ) <input type="checkbox"/> していない					<input type="checkbox"/> 言葉の遅れ	<input type="checkbox"/> 身体的な発達の遅れ	<input type="checkbox"/> 理解面での指摘	<input type="checkbox"/> 多動傾向	<input type="checkbox"/> こだわりがある	<input type="checkbox"/> 偏食	<input type="checkbox"/> 体重の指摘	<input type="checkbox"/> その他(内容: )													
<input type="checkbox"/> 言葉の遅れ	<input type="checkbox"/> 身体的な発達の遅れ	<input type="checkbox"/> 理解面での指摘																							
<input type="checkbox"/> 多動傾向	<input type="checkbox"/> こだわりがある	<input type="checkbox"/> 偏食																							
<input type="checkbox"/> 体重の指摘	<input type="checkbox"/> その他(内容: )																								
<p>・現在、療育施設等を利用していますか。</p> <input type="checkbox"/> はい ( )歳から利用 (施設名: ) <input type="checkbox"/> いいえ																									

障がい者手帳等	・障がいの有無について <input type="checkbox"/> あり（障がい名: _____ ) <input type="checkbox"/> なし																
	・障がい者手帳等の有無について <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">・身体障がい者手帳</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> あり(1・2・3・4・5・6)級</td> </tr> <tr> <td>・療育手帳</td> <td><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中</td> <td><input type="checkbox"/> あり(A・B1・B2)</td> </tr> <tr> <td>・精神障がい者保健福祉手帳</td> <td><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中</td> <td><input type="checkbox"/> あり(1・2・3)級</td> </tr> <tr> <td>・児童発達支援等の障がいサービス</td> <td><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中</td> <td><input type="checkbox"/> あり (利用サービス名: _____ )</td> </tr> <tr> <td>・特別児童扶養手当受給</td> <td><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中</td> <td><input type="checkbox"/> あり(1・2)級</td> </tr> </table>			・身体障がい者手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> あり(1・2・3・4・5・6)級	・療育手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> あり(A・B1・B2)	・精神障がい者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> あり(1・2・3)級	・児童発達支援等の障がいサービス	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> あり (利用サービス名: _____ )	・特別児童扶養手当受給	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中
・身体障がい者手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> あり(1・2・3・4・5・6)級															
・療育手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> あり(A・B1・B2)															
・精神障がい者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> あり(1・2・3)級															
・児童発達支援等の障がいサービス	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> あり (利用サービス名: _____ )															
・特別児童扶養手当受給	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> あり(1・2)級															
発育状況	0歳～2歳	3歳～5歳															
	・該当する項目にチェックを付けてください。 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 名前を呼ぶと振り向く</li> <li><input type="checkbox"/> 大人からの話しかけがわかる</li> <li><input type="checkbox"/> 単語・二語文をしゃべる</li> <li><input type="checkbox"/> 身近な大人の後追いをする</li> <li><input type="checkbox"/> ゆびさしをする</li> <li><input type="checkbox"/> お子さんと目が合う</li> <li><input type="checkbox"/> 身近な人に甘える</li> <li><input type="checkbox"/> 高いところに好んで登り危険な行動をする</li> </ul>		・該当する項目にチェックを付けてください。 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 自分の名前がフルネームで言える</li> <li><input type="checkbox"/> 簡単な会話が出来る</li> <li><input type="checkbox"/> してほしいことや要求を伝えることができる</li> <li><input type="checkbox"/> 身近な大人に甘えたり頼ったりする</li> <li><input type="checkbox"/> 名前を呼ぶと振り向いて呼んだ人を見る</li> <li><input type="checkbox"/> 制止されると、やめたり止まったりできる</li> <li><input type="checkbox"/> 高いところを好んでのぼり危険な行動をする</li> <li><input type="checkbox"/> 外に出たときによく迷子になり目が離せないことがある</li> </ul>														

上記以外で、お子様の発達・健康状態で気になることがあれば具体的にご記入ください。

児童の発育・発達の状況(乳幼児健康診査、個別の発達相談等)について、関係機関等に問い合わせを行い、希望施設に対して関係機関等からの情報及び「児童の間診票」の内容の情報提供することを承諾します。

認定こども園等入園(所)申込みの記入にあたり、上記事項について確認し異議はありません。

令和      年      月      日

保護者氏名(父)

保護者氏名(母)