

児 童 の 問 診 票

児童の名前		性別	生年月日	記入時の年齢																					
フリガナ		男・女	令和 年 月 日	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	・今までに下記の病気にかかったことがありますか。 <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> なし <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <tr> <td style="padding: 0 5px;">① 心臓病</td> <td style="padding: 0 5px;">② 川崎病</td> <td style="padding: 0 5px;">③ ぜんそく</td> <td style="padding: 0 5px;">④ 聞こえづらい</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 5px;">⑤ 視覚障害</td> <td style="padding: 0 5px;">⑥ 熱性けいれん</td> <td style="padding: 0 5px;">⑦ てんかん</td> <td style="padding: 0 5px;">⑧ その他基礎疾患()</td> </tr> </table> ・該当する番号(: 歳 か月 のとき、 : 歳 か月 のとき) ・現在の病気の状況について <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() ・医療的ケアの必要性について <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	・現在、アレルギーはありますか。 <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> なし <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px; 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 style="text-align: center;">有・無</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">有・無</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">有・無</td> </tr> </tbody> </table> <input type="checkbox"/> 不明 → (不明の理由:)				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																							
・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。 <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし																									
健診の受診状況	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">4か月健診</td> <td> <input type="checkbox"/> 受診あり (受診場所:) <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:) <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:) <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:) <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:) <input type="checkbox"/> 未受診 (その理由:) </td> </tr> </table> ・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。 <input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> いいえ <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <tr> <td style="padding: 0 5px;"><input type="checkbox"/> 言葉の遅れ</td> <td style="padding: 0 5px;"><input type="checkbox"/> 身体的な発達の遅れ</td> <td style="padding: 0 5px;"><input type="checkbox"/> 理解面での指摘</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 5px;"><input type="checkbox"/> 多動傾向</td> <td style="padding: 0 5px;"><input type="checkbox"/> こだわりがある</td> <td style="padding: 0 5px;"><input type="checkbox"/> 偏食</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 5px;"><input type="checkbox"/> 体重の指摘</td> <td colspan="2" style="padding: 0 5px;"><input type="checkbox"/> その他(内容:)</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> いいえ <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <tr> <td colspan="2"> ・専門機関の受診や幼児教室等に参加していますか。 <input type="checkbox"/> している(施設・機関名:) <input type="checkbox"/> していない </td> </tr> </table> ・現在、療育施設等を利用していますか。 <input type="checkbox"/> はい ()歳から利用 (施設名:) <input type="checkbox"/> いいえ				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:)	<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:)		・専門機関の受診や幼児教室等に参加していますか。 <input type="checkbox"/> している(施設・機関名:) <input type="checkbox"/> していない	
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:)																								
<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:)																								
・専門機関の受診や幼児教室等に参加していますか。 <input type="checkbox"/> している(施設・機関名:) <input type="checkbox"/> していない																									

