

⑥児童の健康状況について

この調査は、児童の発達や健康状況を入所前に確認し、安全にお預かりができるようにするためのものです。
 あてはまる口欄にチェックして、該当する場合は（ ）に漏れがないように記入してください。
 なお、回答内容で入所の可否を決定するものではありません。

※申請児童の年齢に関わらず、全ての項目について回答してください。

1. お子様の成長発達について		3. 定期健診等について	
出生時	身長 cm 体重 g	乳幼児健康診査 受診した健康診査に✓してください <input type="checkbox"/> 4か月健診 <input type="checkbox"/> 10か月健診 <input type="checkbox"/> 1歳6か月健診 <input type="checkbox"/> 3歳児健診 乳幼児健康診査で気になる所見がありましたか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ⇒「はい」の場合、内容を記入してください (所見内容) 発育や発達上のことで専門機関に相談・通所したことがありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ⇒「はい」の場合、下記を記入してください 施設名 理由 相談・通所の状況 ひきつけ・痙攣等 今までに「ひきつけ」や「けいれん」を起こしたことはありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ⇒「はい」の場合、下記を記入してください 直近の発生 (歳 か月頃) 発生の原因 <input type="checkbox"/> 発熱 (°Cで) <input type="checkbox"/> 発熱なし <input type="checkbox"/> 泣いたときに発生 病気・治療について 今までに大きな病気等にかかったこと・入院したことはありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ⇒「はい」の場合、下記を記入してください 病名 病院・施設名 発病時期 治療状況 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 治療中 ⇒「治療中」の場合は、治療内容を記載してください 障害者手帳等 障がい等により手帳をお持ちですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ⇒「はい」の場合、下記を記入してください 該当するものに○をつけてください 手帳の種類 身障 療育 精神 級	
3歳未満児	首がすわったのはいつですか (か月)		
	ハイハイしたのはいつですか (か月)		
	歩き始めたのはいつですか (か月)		
	音や声のする方に向きますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	言葉を1～2語、正しくまねますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
3歳以上児	赤、青、黄、緑がわかりますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	ごっこ遊びをすることがあります <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	話相手と目が合いますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	静かな場所で落ち着いて遊ぶことができますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
会話について	絵本やお話をしっかり聞くことができますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	話しはじめの時期 (歳 か月) 現在のお話の状況 (該当する項目に✓してください。) <input type="checkbox"/> 喃語(「アー、アー」程度) <input type="checkbox"/> 単語程度 <input type="checkbox"/> 2語文(「ワンワン、キタ」など) <input type="checkbox"/> 会話、やり取り		
2. 体質について			
アレルギーなど	食べ物やその他のもので、アレルギー反応がでたことがありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ⇒「はい」の場合、下記を記入してください アレルギーの種類 家庭での対応(除去食等) アナフィラキシーがありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ エビベンを持っていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 病院で受診したことはありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ →最後に受診したのはいつですか (年 月頃)		
	その他の理由による食事制限はありますか(宗教上で食べられないものなど) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ⇒「はい」の場合、下記を記入してください 種類 対応		
	その他	次の項目に該当すると思われる項目に✓をいれてください <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> じんましん	
	4. 備考		
	入所にあたり、健康・発達・行動面で気になることがありましたらご記入ください		