

児童名	(男・女)		記入者名	続柄
生年月日	平成 年 月 日生 (歳 か月)	現在の身長・体重		() cm・() kg
在胎期間	() 週	出生時体重 () g	出産時の状況	普通・帝王切開・その他 ()

◆保健センターでの乳幼児健診を受診しましたか。

(受診済の健診欄に☑をつけ、運動面や言葉の発達面などで指摘された事項があれば、記入してください)

- 4か月健診 指摘事項 無 ・ 有 (.....)
- 1歳6か月健診 指摘事項 無 ・ 有 (.....)
- 未受診 (次回 月 日に健診予定)

◆【身体・発育について】 あてはまる答に○または☑をつけてください

身体の発達について心配なことがありますか (ない ある)

→「ある」とされた場合、下欄に具体的に記入してください

(例) きこえにくい よく転ぶ ことばが遅い 落ち着きがない など)

- | | |
|------------------------------------|----------------|
| 1 首がすわっていますか | はい (月頃から) いいえ |
| 2 寝返りをしますか | はい (月頃から) いいえ |
| 3 ひとりでおすわりしてあそびますか | はい (月頃から) いいえ |
| 4 2～3歩以上歩くことができますか | はい いいえ |
| 5 簡単な指示 (おいで、ちょうだいなど) がわかりますか | はい いいえ |
| 6 マンマ、プー、パパ等のようなことばを話しますか | はい いいえ |
| 7 二語文 (ワンワン キタ、 マンマ チョウダイ) など言えますか | はい いいえ |

◆【健康について】

- 1 けいれん発作を起こすことがありますか (ある ない)

→「ある」とされた場合、いつごろありましたか ()

- 2 今までにかかった大きな病気はありますか (ある ない)

→「ある」とされた場合、(病名)

- 3 現在お医者さんに通院していますか。また、訓練機関等に通園していますか

はい (病名)

(病院または訓練機関名)

受診期間 _____年 _____月から 受診頻度 _____回 / _____か月または _____週

いいえ

- 4 お薬を飲んでいますか

はい (薬名 _____) 服薬期間 _____年 _____月から

いいえ (用途・効能等 _____)

- 5 子どもさん自身が以下の手帳・手当等を受けている場合は、該当項目に☑をし等級等を記入してください

特別児童扶養手当 () 級 療育手帳 () 身体障害者手帳 () 級

利用が決定した際には、本表 (裏面も含む) に記載された事項を当該施設に情報提供することに同意します。

平成 _____年 _____月 _____日

氏 名 _____

※裏面に続く

裏面

◆【食事について】

1 食事について心配なことがありますか (ない ある)

→「ある」とされた場合、下欄に具体的に記入してください (例 偏食がある 少食である など)

2 アトピー性皮膚炎やアレルギーはありますか (ある ない)

→2で「ある」とされた場合

① 除去食品名 【該当箇所「○」をご記入ください】

< 卵 ・ 牛乳 ・ 小麦 ・ 大豆 ・ 米 ・ その他 () ・ 特になし >

② その食品を食べた場合の症状と対応

症状 (例: アナフィラキシー症候群・かゆみ・湿疹・じんま疹・ぜんそくの症状がでるなど)

対応 (例: エピペンを処方する・薬を塗る・内服する・受診するなど)

③ 現在、アトピー性皮膚炎やアレルギーのことで医療機関にかかっておられますか

はい (病院名『 _____ 』)

いいえ

→「はい」とされた場合、薬の処方がありますか

ある

ない

→「ある」とされた場合の常用の薬品について

薬品名 (常用)	服用または塗る時間帯				
	朝	昼	夕方	就寝前	注意事項 (食前など)
1.					
2.					
3.					

その他 (症状が出た時に服用または塗る薬品、吸入、注射など)

()