

子どもの状況 (3・4・5 歳児)

※利用日時時点で、3・4・5歳児対象

平成 年 月 日

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 ()
<p>◆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)</p> <p><input type="checkbox"/> 4か月健診 指摘事項 無・有 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 1歳6か月健診 指摘事項 無・有 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 3歳健診 指摘事項 無・有 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 未受診 (次回 月 日に健診予定)</p>					
食事	1 箸やスプーンを使い自分で食べる 2 手づかみで食べる 3 食べさせてもらう (具体的には)				
排泄	1 自分でできる 2 知らせるが、手助けが必要である 3 出た後に教える (小便 ・ 大便) ⇒ オムツを (使用している・使用していない)				
着脱	1 自分でできる 2 手助けすればしようとする 3 全て大人にやってもらう				
運動	1 歩いたり、走ったりする 2 一人で歩くが不安定 3 はう、またはつたい歩きで移動する				
言語	1 「○○、ちょうだい」など言葉を2つ以上つなげて (二語文以上で)、相手と会話ができる 2 単語や指さしなどで自分の要求が表せる 3 「○○とってきて」などの指示に応じるなど、簡単な言葉の理解がある				
その他	気になることがあれば記入してください 例 言葉が遅い 落ち着きがない かんしゃくが強い ()				
視力	1 問題なし 2 問題あり (具体的には)				
聴力	1 問題なし 2 問題あり (具体的には)				
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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> いいえ					
4 お薬を飲んでいますか <input type="checkbox"/> はい (薬名 _____) 服薬期間 _____年 _____月から <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 () 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 () <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 () 級 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 () 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

○アトピー性皮膚炎やアレルギーはありますか (ある ない)

→「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

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)

()