

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. 発達・健康の状況について		4. 定期健診等について	
出生時	身長 <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> g	乳幼児健康診査 乳幼児健康診査を受診していますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 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	発達相談 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 <input type="text"/> 理由 <input type="text"/> 相談・通所の状況 <input type="text"/>
2. お子様の成長発達について			
3歳未満児	首がすわったのはいつですか (歳 か月) ハイハイしたのはいつですか (歳 か月) 歩き始めたのはいつですか (歳 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	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 <input type="text"/> 病院・施設名 <input type="text"/> 発病時期 <input type="text"/> 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	
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 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		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 手帳の種類 <input type="text"/> 該当するものに○をつけてください 身障 療育 精神 級 <input type="text"/>
会話について	話しはじめの時期 (歳 か月) 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	アレルギー 食物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 <input type="text"/> 家庭での対応(除去食等) <input type="text"/> 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 エピペ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) <input type="text"/> 食物アレルギー以外のアレルギーはありますか <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 アレルギーの種類 <input type="text"/>	
3. 体質について	アレルギー以外のアレルギーはありますか <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 アレルギーの種類 <input type="text"/>		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

5. 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

【同意事項】

- ・申込み調査票裏面の「児童の健康状況について」に関して、入所希望施設への情報提供に同意します
- ・就労証明書等を定められた期日までに提出できない場合は、申し込みを取り消される場合があることに同意します

保護者氏名 _____