

児童の健康調査および保護者状況

児童名 ( )

該当する□にチェック (✓) をし、記入してください。

記入日 令和 年 月 日

<p>1. 父親の状況</p> <p><input type="checkbox"/>家庭外労働    <input type="checkbox"/>自営 (農業含む)    <input type="checkbox"/>内職</p> <p>勤務先</p> <p>常勤・非常勤 (パート・アルバイト含)    採用    年    月から</p> <p>勤務時間    月・火・水・木・金    午前    時    分    ~    午後    時    分</p> <p style="padding-left: 100px;">土    午前    時    分    ~    午後    時    分</p> <p style="padding-left: 100px;">残業    平日    時間    土曜日    時間</p> <p><input type="checkbox"/>通勤方法    <input type="checkbox"/>自家用車    <input type="checkbox"/>バス    <input type="checkbox"/>電車    <input type="checkbox"/>自転車    <input type="checkbox"/>徒歩    所要時間    分</p> <p><input type="checkbox"/>疾病・介護・その他 ( )</p> <p><input type="checkbox"/>求職中    <input type="checkbox"/>不在</p>	
<p>2. 母親の状況</p> <p><input type="checkbox"/>家庭外労働    <input type="checkbox"/>自営 (農業含む)    <input type="checkbox"/>内職</p> <p>勤務先</p> <p>常勤・非常勤 (パート・アルバイト含)    採用    年    月から</p> <p>勤務時間    月・火・水・木・金    午前    時    分    ~    午後    時    分</p> <p style="padding-left: 100px;">土    午前    時    分    ~    午後    時    分</p> <p style="padding-left: 100px;">残業    平日    時間    土曜日    時間</p> <p>通勤方法    <input type="checkbox"/>自家用車    <input type="checkbox"/>バス    <input type="checkbox"/>電車    <input type="checkbox"/>自転車    <input type="checkbox"/>徒歩    所要時間    分</p> <p><input type="checkbox"/>出産    予定日    R    年    月    日</p> <p><input type="checkbox"/>疾病・介護・その他 ( )</p> <p><input type="checkbox"/>求職中    <input type="checkbox"/>不在</p>	
<p>3. 祖父母の状況 (利用 (変更) 希望年度の4月1日現在)</p> <p>父方</p> <p>祖父    年齢    歳    <input type="checkbox"/>無職    <input type="checkbox"/>就労    <input type="checkbox"/>介護    <input type="checkbox"/>疾病    <input type="checkbox"/>その他 ( )    <input type="checkbox"/>不在</p> <p>祖母    年齢    歳    <input type="checkbox"/>無職    <input type="checkbox"/>就労    <input type="checkbox"/>介護    <input type="checkbox"/>疾病    <input type="checkbox"/>その他 ( )    <input type="checkbox"/>不在</p> <p>母方</p> <p>祖父    年齢    歳    <input type="checkbox"/>無職    <input type="checkbox"/>就労    <input type="checkbox"/>介護    <input type="checkbox"/>疾病    <input type="checkbox"/>その他 ( )    <input type="checkbox"/>不在</p> <p>祖母    年齢    歳    <input type="checkbox"/>無職    <input type="checkbox"/>就労    <input type="checkbox"/>介護    <input type="checkbox"/>疾病    <input type="checkbox"/>その他 ( )    <input type="checkbox"/>不在</p>	
<p>4. きょうだいの状況 (利用 (変更) 希望年度の4月1日現在)</p> <p><input type="checkbox"/>0歳    <input type="checkbox"/>1歳    <input type="checkbox"/>2歳    <input type="checkbox"/>3歳    <input type="checkbox"/>4歳    <input type="checkbox"/>5歳    (利用施設名 )</p>	
<p>5. 乳児期の発達状況</p> <p>首のすわり    ヶ月</p> <p>ねがえり    ヶ月</p> <p>おすわり    ヶ月</p> <p>はいはい    ヶ月</p> <p>つたい歩き    ヶ月</p> <p>歩きはじめ    ヶ月</p>	<p>6. 乳幼児健康診断について (受診していればチェックをつけてください)</p> <p><input type="checkbox"/>4か月健診    <input type="checkbox"/>10か月健診    <input type="checkbox"/>1歳半健診    <input type="checkbox"/>3歳半健診</p> <p>乳幼児健康診断で気になるといわれたことがありますか</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/>はい    <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>→はいの場合、どのような点ですか</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 40px; margin-left: 20px;"></div>

【裏面に続きます。】

7.	①今までにかかった大きな病気はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
	・何歳の時 ( 歳) ・かかった病名 ( ) ・医療機関名 ( )		
	②視力・聴力が気になって受診をしたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
	③その他あらかじめ申し出ておきたい病気等がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
	病名及び病院名等 ( )		
	【 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/> その他 】		
	④身体障害者手帳または療育手帳はもっていますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 申請中
	【 身体障害者手帳 種 級 ・ 療育手帳 程度 ・ その他 】		
8.	①かかりやすい症状(病気)等がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
	はいの場合 <input type="checkbox"/> 熱を出しやすい <input type="checkbox"/> ぜいぜいしやすい <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい <input type="checkbox"/> 脱臼しやすい (部位の確認 いつ頃 回数 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	②湿疹ができやすいですか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
	はいの場合 <input type="checkbox"/> アレルギー性のも <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	普段どうしていますか <input type="checkbox"/> 特に何もしない <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 服用 <input type="checkbox"/> 塗薬		
	③ひきつけ・けいれんを起こしたことはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
	はいの場合 熱がある時 ( 度) ・ない時 ( )		
	④定期的に飲んでいる薬はありますか? ( )		
9.	ことばについて	<input type="checkbox"/> 人に向かってウーやアーを言う(喃語)	<input type="checkbox"/> パパ・ママ・マンマなどが言える
		<input type="checkbox"/> 「〇〇ちょうだい」と言われ、持ってくる	<input type="checkbox"/> 「わんわん来た」など2語文を話す
		<input type="checkbox"/> 自分の名前や物の名前を複数言える	<input type="checkbox"/> 会話をすることができる
10.	食事について	食物アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 離乳食前で不明
	はいの場合 <input type="checkbox"/> たまご <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	離乳食の状況 <input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 終了		
	好き嫌い <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( )		
11.	運動等について	<input type="checkbox"/> 首がすわっている	<input type="checkbox"/> 寝返りをする <input type="checkbox"/> おすわりをする
	<input type="checkbox"/> ずりばいをする	<input type="checkbox"/> はいはいをする	<input type="checkbox"/> つかまり立ちをする
	<input type="checkbox"/> 一人で立つ	<input type="checkbox"/> 一人で歩く	<input type="checkbox"/> あやされるとよく笑う
	<input type="checkbox"/> 名前を呼ぶと振り返る	<input type="checkbox"/> 人見知りをする	<input type="checkbox"/> 場所見知りをする
	<input type="checkbox"/> 活発でよく動く	<input type="checkbox"/> おとなしく静かにしている	
12.	排泄について	大便秘は1日何回ぐらい出ますか	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 便秘気味
	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パンツ <input type="checkbox"/> 寝る時オムツ		
13.	今まで健康・発達上のことで専門機関に相談や通所をされたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
	はいの場合 相談機関名 ( )		
	いいえの場合でも何か気になることはありますか ( )		
14.	送迎について	登園時	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他 ( )
		降園時	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他 ( )