

<p>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 ()</p> <p>【 <input type="checkbox"/>通院 <input type="checkbox"/>服薬 <input type="checkbox"/>その他 】</p> <p>⑤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 】</p>
<p>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 ()</p> <p>②湿疹がしやすいですか <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい はいの場合 <input type="checkbox"/>アレルギー性のもの <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</p> <p>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 ()</p> <p>④定期的に飲んでいる薬はありますか? ()</p>
<p>9. ことばについて <input type="checkbox"/>人に向かってウーヤアーを言う（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いくつも言うことができる <input type="checkbox"/>会話をすることができる</p>
<p>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 ()</p>
<p>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</p>
<p>12. 排泄について 大便是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</p>
<p>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 ()</p>
<p>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 ()</p>