

年度

年 月 日

児童調査票

お子さまの病気や症状によっては、医師の診断書等を提出いただく場合があります。

| | | | |
|------|--|------|------------|
| 児童氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 (歳) |
|------|--|------|------------|

(1) 出産の状態

| | | | |
|--------|---|------|--|
| 妊娠期間 | 妊娠 週 日 | 分娩経過 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 骨盤位 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 吸引 |
| 体重 | g | | <input type="checkbox"/> 鉗子 <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 出生時の異常 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病名) 保育器 (日) | | |

(2) 健康状態

| | | | | |
|----------|--|---|-------|---|
| 慢性疾患 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※ありの場合は下記に記入ください | | | |
| | 病名 | <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中 | 病名 | <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中 |
| | 発症年齢 | 歳 か月 | 発症年齢 | 歳 か月 |
| | 病院名 | | 病院名 | |
| | 通院の状況 | 回/ | 通院の状況 | 回/ |
| 服薬 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※ありの場合は下記に記入ください | | | |
| | 病名 | | 病名 | |
| | 薬品名 | <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 外用 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 | 薬品名 | <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 外用 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 |
| 入院歴 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※ありの場合は下記に記入ください | | | |
| | 病名 | | 病名 | |
| | 入院期間 | 年 月 ~ 年 月 | 入院期間 | 年 月 ~ 年 月 |
| 食物アレルギー | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※ありの場合は下記に記入ください | | | |
| | アレルゲン | <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> えび <input type="checkbox"/> かに <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 落花生 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| | 除去 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 医師の指示 <input type="checkbox"/> 保護者の判断) | | |
| | 症状 | <input type="checkbox"/> 蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> アナフィラキシーショック <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| | エピペン | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | | |
| | 服薬 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬品名) <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 外用 | | |
| | 対応希望 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容) | | |
| 食物外アレルギー | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※ありの場合は下記に記入ください | | | |
| | アレルゲン | <input type="checkbox"/> 動物 <input type="checkbox"/> 植物 <input type="checkbox"/> 薬品 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| | 対応希望 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容) | | |
| 痙攣・ひきつけ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※ありの場合は下記に記入ください | | | |
| | 発症年齢 | 歳 か月 (回数) | 発熱 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (体温 °C) |
| | 病院名 | | 通院の状況 | 回/ |
| | 指示事項 | | | |
| | 服薬 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬品名) <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 外用 | | |
| | 脳波検査 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (結果) | | |
| | 病名 | <input type="checkbox"/> てんかん (発症場面) <input type="checkbox"/> その他 () | | |

| | | | | |
|--------------|--|---|--------|---|
| 手帳 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神福祉保健手帳 ※写しを提出のこと | | | |
| 育児相談 健康診査 | <input type="checkbox"/> 1か月児健診 <input type="checkbox"/> 3～6か月児健診 <input type="checkbox"/> かみかみ教室 <input type="checkbox"/> 9～11か月児健診 <input type="checkbox"/> 1歳6か月健診 <input type="checkbox"/> 2歳児歯科健診 <input type="checkbox"/> 3歳児健診 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | |
| 発育指導 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※ありの場合は下記に記入ください | | | |
| | 内容 | <input type="checkbox"/> 言葉 <input type="checkbox"/> 発達 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| | 相談先 | <input type="checkbox"/> 病院（ ） <input type="checkbox"/> 発達センター（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| | 指導事項 | 具体的に | | |
| 予防接種 | BCG | <input type="checkbox"/> 済 | ヒブ | <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加 |
| | 肺炎球菌 | <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加 | 四種混合 | <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加 |
| | MR | <input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期 | 日本脳炎 | <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 |
| | 水ぼうそう | <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 | おたふくかぜ | <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 |
| | ロタウイルス | <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 | B型肝炎 | <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 |
| | その他 | | | |
| その他 | その他、発育等で心配なことがありましたらご記入ください。 | | | |

医師所見 ※入所決定後、入所施設の指示により医師の診断を受けてください。

| | | | | |
|------|-------|---|--------------|---|
| 医師所見 | 身長 | c m | 体重 | g |
| | 心雑音 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | 股関節開排制限 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| | 運動機能 | <input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり | ヘルニア | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| | その他 | 発育状況や集団生活における指導事項等 | | |
| | 診察年月日 | 年 月 日 | 医療機関名 医師名 | 印 |

※施設記入欄

| |
|--|
| |
|--|