

【新規入所申込者のみ】

児童調査票

平成 年 月 日記入

※該当する□にチェックしてください。

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	平成	年	月	日
児童氏名							
出産時の状況について	出生歴（第 子） 分娩（正常分娩・その他） 出生時の体重（ g ） 出生時の身長（ cm ）						
健康状態について	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
乳幼児健診について	<input type="checkbox"/> 受診した 【 <input type="checkbox"/> 4か月 <input type="checkbox"/> 9~10か月 <input type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 3歳6か月】 様子を見るように言われたこと等をお書きください。 （ ） <input type="checkbox"/> 受診していない						
持病や治療中の病気について（ぜんそくや心臓病など）	<input type="checkbox"/> ある → 病名（ ） <input type="checkbox"/> ない → 症状（ ）						
ひきつけ・けいれんてんかん等の状況	<input type="checkbox"/> ある → （熱 °C / 歳頃 / その後 回） <input type="checkbox"/> ない → 【初回】平成 年 月 ・ 【最近】平成 年 月						
使用しているくすりについて	<input type="checkbox"/> ある → （くすりの名前） <input type="checkbox"/> ない → （1日 回 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 寝る前）						
身体障害者手帳について	<input type="checkbox"/> ある 【 級 / 障害名： 】 <input type="checkbox"/> ない						
特別児童扶養手当証書について	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない						
療育手帳について	<input type="checkbox"/> ある 【 <input type="checkbox"/> A ・ <input type="checkbox"/> B 】 <input type="checkbox"/> ない						
発育・発達について	◆行動や発達等で気になるところがありますか。 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない （内容等）						
	◆発達等で相談しているところ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 機関名（施設名等） （内容等）						
アレルギーについて	有 無	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない					
	原因となるもの	原因となるものをすべてお書きください。					
	症 状	詳しくお書きください。					
	家庭での対応	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 少しは食べる <input type="checkbox"/> 除去はしていない					
	医師の診断	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない					
※心配なこと等ご自由にお書きください。							