

【新規入所申込者のみ】

# 児童調査票

令和 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	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。						