

児童の問診表

(※裏表ご記入下さい。)

児童名	ふりがな	男・女	生年月日	平成	年	月	日
出生について	体重()g						
	<input type="checkbox"/> 正常						
	<input type="checkbox"/> 異常→ <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 低体重 <input type="checkbox"/> 未熟児 <input type="checkbox"/> 酸素使用						
	<input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 病院名()						
健康・検診状況	発達の状況			検診状況			
	首のすわり	ヶ月	4ヶ月検診	受けた(健康・要観察)・受けてない			
	寝返り	ヶ月	1歳6ヶ月検診	受けた(健康・要観察)・受けてない			
	おすわり	ヶ月	2歳児検診	受けた(健康・要観察)・受けてない			
	はいはい	ヶ月	3歳6ヶ月検診	受けた(健康・要観察)・受けてない			
	つたい歩き	ヶ月	その他発達相談	歳()			
	歩き始め	ヶ月					
	◎心身の発達や言葉に遅れがあるとされたことがありますか <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> ある(内容)						
◎身障者手帳または療育手帳を持っていますか <input type="checkbox"/> 持っていない・ <input type="checkbox"/> 持っている()							
健康状況	◎かかりやすい病気はありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 熱を出しやすい <input type="checkbox"/> 鼻水がしやすい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい <input type="checkbox"/> 中耳炎になりやすい <input type="checkbox"/> ぜいぜいしやすい <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 脱臼しやすい(場所 時期)						
	◎次の病気のうち、今までかかったものや気になるところがありますか <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> アトピー体質 <input type="checkbox"/> 目があいにくい <input type="checkbox"/> かんしゃくをおこす <input type="checkbox"/> いずれもなし ・何才のとき() ・病院名() ・その病気等の現在の状況はどうですか <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 [<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/> その他] 治療中の場合は、その状況及び病院名等を詳しく書いてください。 ()						
	◎その他あらかじめ申し出しておきたい病気・障害等がありますか <input type="checkbox"/> ある [<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/> その他] <input type="checkbox"/> ない 病名・障害及び病院名等を詳しく書いてください。 ()						

言葉の状況	<input type="checkbox"/> 人に向かっておしゃべりをしようとする(6ヶ月～10ヶ月)	
	<input type="checkbox"/> パパ、ママ、マンマなどが言える(10ヶ月～1歳)	
	<input type="checkbox"/> 「〇〇ちょうだい」でもってくる(1歳～1歳半)	
	<input type="checkbox"/> 「ワンワンきた」など2語文を話す(1歳半～2歳)	
	<input type="checkbox"/> 物の名前をたくさん言う、自分の名前を言うことができる(2歳～3歳)	
	<input type="checkbox"/> 同年齢の子どもと会話することができる(3歳以上)	
	その他 伝えておきたい事 ()	
予防接種	ヒブ	受けた・受けてない
	小児用肺炎球菌	受けた・受けてない
	四種混合(三種混合・ポリオ)	受けた・受けてない
	BCG	受けた・受けてない
	MR(麻しん風疹混合)	受けた・受けてない
	水ぼうそう	受けた・受けてない
	日本脳炎	受けた・受けてない
既往症	はしか	歳
	水ぼうそう	歳
	おたふく風邪	歳
	百日ぜき	歳
	風疹	歳
	その他	歳
排泄について	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 夜だけおむつ <input type="checkbox"/> おまる <input type="checkbox"/> トイレ トイレ→[<input type="checkbox"/> 排尿 <input type="checkbox"/> 排便]	
その他	◎保育所にて特に注意して欲しいこと、また気になることがありますか	