

# 調査票①

この調査票は、お子様の健康状態や保育上注意しなければならないことについて事前にお尋ねするものです。お子様の母子健康手帳等を参考に、該当する項目にチェックをつけるか、必要事項を記入してください。また、裏面の世帯の状況等については選考の際の資料となります。ご協力をよろしくお願いいたします。

子ども氏名		生年月日	平成・令和 年 月 日
在胎週	妊娠 ( )週	現在の年齢	( 歳 ヵ月 )

調査票に記載した情報を葛城市および当該児童の保育を実施する施設で共有することについて同意します。

記入日: 令和 年 月 日

保護者氏名

㊞

1	体重	出生時 ( g )	現在 ( g ・ kg )
2	体温(平熱)	( °C )	
3	今までにかかった病気・事故	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 眼の病気 <input type="checkbox"/> 耳の病気 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> ひきつけ <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他( )	
4	健康状態等で心配なこと	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (具体的に ) <input type="checkbox"/> 言葉や発達のこと、相談をしたり指導を受けたりしたことがある 【場所: 】で【 】について	
5	現在行っている治療・通院・療育状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 歳 ヶ月のときから ) (医療機関または療育施設名 ) (現在の状況 <input type="checkbox"/> 治療・通院・療育を続けている <input type="checkbox"/> 続けていない ) (通院・療育は、年 回、月 回、週 回、不定期 )	
6	服用中の薬について	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (1日 回、朝・昼・晩)⇒(薬名 ) ※ 園への投薬依頼 ⇒ <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要	
7	けいれん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 時期( 年 ヶ月のとき) けいれん時の発熱 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( . °C ) 過去に治療を <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている	
8	手帳等について	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 【 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 】 ※手帳の写しの添付をお願いします。	
9	健診の受診状況	4ヶ月児健診 <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた【指導 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有(内容 )】 10ヶ月児健診 <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた【指導 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有(内容 )】 1歳6ヶ月児健診 <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた【指導 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有(内容 )】 3歳6ヶ月児健診 <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた【指導 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有(内容 )】	
10	子どもの状況	運動 <input type="checkbox"/> 寝返り <input type="checkbox"/> はいはい <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> 歩き始め( ヶ月) <input type="checkbox"/> 歩く <input type="checkbox"/> 跳ぶ <input type="checkbox"/> 走る 言葉・表現 <input type="checkbox"/> 喃語アーアー等 <input type="checkbox"/> 単語マンマ等 <input type="checkbox"/> 二語文○○ちょうだい等 <input type="checkbox"/> 会話になる 遊び <input type="checkbox"/> 玩具をつかむ <input type="checkbox"/> 玩具で遊ぶ <input type="checkbox"/> 好きな遊びがある( ) <input type="checkbox"/> 友達と遊ぶ	
11	排泄	はいているもの <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> 布パンツ トイレ <input type="checkbox"/> トレーニング前 <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> トイレでできる【 <input type="checkbox"/> 尿 ・ <input type="checkbox"/> 便 】	
12	食事	食べ方 <input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 自分で食べる( <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> はし) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 少しある <input type="checkbox"/> 多い 好き嫌い 好きなもの ( ) 嫌いなもの ( )	
13	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> まだ不明 <input type="checkbox"/> あり 原因物質 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> その他( ) 発症した時期 ( 年 月ごろ ) 発生した状況と症状 ( ) アナフィラキシーショック <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり・原因物質( ) 処方薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり【薬名 <input type="checkbox"/> エピペン <input type="checkbox"/> その他( )】	
14	(その他、気になることがあれば記入してください)		

※裏面(調査票②)の記入もお願いします。

