

# お子さんの状況

※利用するお子さんのことを教えてください

(ふりがな) 子どもの名前	( )	男 女	記入日	年	月	日
生年月日	平成・令和 年 月 日生 ( 歳 ケ月)	記入者名		続柄		

※あてはまるものに、○をつけてください

## ○身体・発育について

1. 身体の発達について心配なこと、気になることがありますか ない ・ ある

→「ある」とされた場合、下欄に具体的に記入してください

(例：きこえにくい よく転ぶ ことばが遅い 落ち着きがない など )

- 2. 目が合いますか はい ・ いいえ
- 3. 首がすわっていますか はい ( ケ月頃から) ・ いいえ
- 4. 寝返りをしますか はい ( ケ月頃から) ・ いいえ
- 5. ひとりでおすわりしてあそびますか はい ( ケ月頃から) ・ いいえ
- 6. 2～3歩以上、歩くことができますか はい ・ いいえ
- 7. 簡単な指示(おいで、ちょうだいなど)がわかりますか はい ・ いいえ
- 8. マンマ、プー、パパ等のようなことばを話しますか はい ・ いいえ
- 9. 二語文(ワンワン キタ、マンマ チョウダイ)など言えますか はい ・ いいえ

## ○健康について

1. けいれん発作を起こしたことがありますか はい ・ いいえ  
 →「はい」とされた場合、いつ頃ありましたか 例：○オオケ月頃 ( ) 頃)  
 →けいれんを起こしたときに熱はありましたか (けいれんの 前・後 に 度 分)

2. 今までにかかった大きな病気はありますか はい ・ いいえ  
 →「はい」とされた場合、(病名 )

3. 現在、お医者さんに通院していますか はい ・ いいえ  
 ・はい 病名 ( )  
 病院 ( )  
 受診期間 年 月から 受診頻度 回/ケ月または 週

4. お薬を飲んでいますか はい ・ いいえ  
 ・はい (薬名 ) 服薬期間 年 月から  
 (用途・効能等 )

5. 子どもさん自身が以下の手帳・手当等を受けている場合は、該当項目に○をし、等級等を記入してください

- ・特別児童扶養手当 ( ) 級
- ・療育手帳 ( )
- ・身体障害者手帳 ( ) 級

○食事について

- 1 食事について心配なことがありますか ない ・ ある  
→どんなことが心配ですか？（例：偏食がある 少食である など ）

- 2 アトピーやアレルギーはありますか ある ・ ない  
→「ある」とされた場合

① 除去食品名 該当するものに○をつけてください。

卵 ・ 牛乳 ・ 小麦 ・ 大豆 ・ 米

その他（食品に限らず、接触性のものや花粉などもあれば記入してください）

② その食品を食べた（さわるなども含む）場合の症状

（例：アナフィラキシー症候群・かゆみ・湿疹・じんま疹・ぜんそくの症状がでる など）

③ 対応（例：エピペンを処方する・薬を塗る・内服する・受診する など）

④ 現在、アトピー性皮膚炎やアレルギーのことで医療機関にかかっておられますか

・はい 病院名（ ） ・いいえ

→「はい」とされた場合、薬の処方がありますか ある ・ ない

→「ある」とされた場合の常用の薬品について

薬品名（常用）	服用または塗る時間帯				
	朝	昼	夕方	就寝前	注意事項（食前など）