

# 入所児童調査票

児童氏名		生年月日	年    月    日
------	--	------	-------------

該当する項目に☑をしてください。

目の異常	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(気になる点: _____)	耳の異常	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(気になる点: _____)
言葉	<input type="checkbox"/> 「アーアー」など声を出す <input type="checkbox"/> 話せないが簡単な言葉は分かる <input type="checkbox"/> 話すことができる(☐単語・☐二語文) <input type="checkbox"/> 会話ができる	運動	<input type="checkbox"/> 寝返りができる <input type="checkbox"/> 這うことができる <input type="checkbox"/> 歩くことができる <input type="checkbox"/> 走ることができる
食事	<input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 助けがあれば食べられる <input type="checkbox"/> 自分で食べられる (はし・スプーン・フォーク)	排泄	<input type="checkbox"/> おむつを使用している <input type="checkbox"/> 自分ではできないが知らせる <input type="checkbox"/> 大小便とも自分でできる

今までにかかった病気・けが
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(以下の該当する項目に○又は☑してください) <input type="checkbox"/> ぜんそく(        歳から) <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎(        歳から) <input type="checkbox"/> けいれん・ひきつけ(熱性けいれん・てんかん・その他        ) <input type="checkbox"/> 骨折・脱臼(部位        ) <input type="checkbox"/> 内臓系疾病(部位        / 病名        ) <input type="checkbox"/> その他(        )  【手術歴】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(病名・外傷名        ) 【服薬】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(回数: ☐朝 / ☐昼 / ☐夜 / ☐その他        )

## 健診等確認票

<p>1. 市町村（委託も含む）の健診は受けましたか？</p> <p>3～6か月児健診（<input type="checkbox"/>済 ・ <input type="checkbox"/>未）      9～11か月児健診（<input type="checkbox"/>済 ・ <input type="checkbox"/>未）</p> <p>1歳6か月児健診（<input type="checkbox"/>済 ・ <input type="checkbox"/>未）      3歳児健診（<input type="checkbox"/>済 ・ <input type="checkbox"/>未）</p>																																																						
<p>2. 健診時に指摘されたことはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>ない ・ <input type="checkbox"/>ある</p> <hr style="border-top: 1px dashed #000;"/> <p>⇒ あるに<input checked="" type="checkbox"/>した場合、いつの健診で指摘されましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>3～6か月児健診   <input type="checkbox"/>9～11か月児健診   <input type="checkbox"/>1歳6か月児健診   <input type="checkbox"/>3歳児健診</p> <p>どのような内容ですか？</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																																																						
<p>3. 病気や発達の面で、専門の機関に相談されたことはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>ない ・ <input type="checkbox"/>ある</p> <hr style="border-top: 1px dashed #000;"/> <p>⇒ あるに<input checked="" type="checkbox"/>した場合、どちらの機関で相談されましたか？</p>																																																						
<p>4. お子さまが定期的に通っている場所がありますか？</p> <p>例）病院・デイサービス・保健センター等</p> <p>通っている目的は何ですか？</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																																																						
<p>5. 予防接種は受けましたか？ 該当する箇所に○をつけてください。</p>																																																						
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">* B型肝炎</td> <td style="width: 10%;">1回目</td> <td style="width: 10%;">・</td> <td style="width: 10%;">2回目</td> <td style="width: 10%;">・</td> <td style="width: 10%;">3回目</td> </tr> <tr> <td>* ロタ</td> <td>1回目</td> <td>・</td> <td>2回目</td> <td>・</td> <td>3回目</td> </tr> <tr> <td>* ヒブ</td> <td>1回目</td> <td>・</td> <td>2回目</td> <td>・</td> <td>3回目 ・ 追加</td> </tr> <tr> <td>* 肺炎球菌</td> <td>1回目</td> <td>・</td> <td>2回目</td> <td>・</td> <td>3回目 ・ 追加</td> </tr> <tr> <td>* 四種混合</td> <td>1回目</td> <td>・</td> <td>2回目</td> <td>・</td> <td>3回目 ・ 追加</td> </tr> <tr> <td>* BCG</td> <td>ある</td> <td>・</td> <td>なし</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>* 麻しん・風しん</td> <td>第1期</td> <td>・</td> <td>第2期</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>* 水痘</td> <td>1回目</td> <td>・</td> <td>2回目</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>* 日本脳炎</td> <td>1回目</td> <td>・</td> <td>2回目</td> <td>・</td> <td>追加</td> </tr> </table>	* B型肝炎	1回目	・	2回目	・	3回目	* ロタ	1回目	・	2回目	・	3回目	* ヒブ	1回目	・	2回目	・	3回目 ・ 追加	* 肺炎球菌	1回目	・	2回目	・	3回目 ・ 追加	* 四種混合	1回目	・	2回目	・	3回目 ・ 追加	* BCG	ある	・	なし			* 麻しん・風しん	第1期	・	第2期			* 水痘	1回目	・	2回目			* 日本脳炎	1回目	・	2回目	・	追加
* B型肝炎	1回目	・	2回目	・	3回目																																																	
* ロタ	1回目	・	2回目	・	3回目																																																	
* ヒブ	1回目	・	2回目	・	3回目 ・ 追加																																																	
* 肺炎球菌	1回目	・	2回目	・	3回目 ・ 追加																																																	
* 四種混合	1回目	・	2回目	・	3回目 ・ 追加																																																	
* BCG	ある	・	なし																																																			
* 麻しん・風しん	第1期	・	第2期																																																			
* 水痘	1回目	・	2回目																																																			
* 日本脳炎	1回目	・	2回目	・	追加																																																	