

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

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

健診等確認票

1. 市町村（委託も含む）の健診は受けましたか？ 3～6か月児健診（ ☐ 済 ・ ☐ 未） 9～11か月児健診（ ☐ 済 ・ ☐ 未） 1歳6か月児健診（ ☐ 済 ・ ☐ 未） 3歳児健診（ ☐ 済 ・ ☐ 未）	
2. 健診時に指摘されたことはありますか？ ☐ ない ・ ☐ ある	
⇒ あるに☑した場合、いつの健診で指摘されましたか？ ☐ 3～6か月児健診 ☐ 9～11か月児健診 ☐ 1歳6か月児健診 ☐ 3歳児健診 どのような内容ですか？ 	
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？ ☐ ない ・ ☐ ある	
⇒ あるに☑した場合、どちらの機関で相談されましたか？ 	
4. お子さまが定期的に通っている場所がありますか？ 例）病院・デイサービス・保健センター等 通っている目的は何ですか？ 	
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。	
* 肺炎球菌	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加
* ヒブ （五種混合を受け た方は該当なし）	1回目 ・ 2回目 ・ 3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
* 四種・五種混合	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
* その他	