

# 一時預かり利用児童質問票

※あてはまる回答に○印をし、該当する場合は( )に漏れがないように記入してください。

記入日：                    年                    月                    日

児童名	男・女	年	月	日生	現在	歳	ヶ月
<b>質問事項</b>					<b>回答</b>		
出産状況	出生までの異常		ある・ない				
	出産の状況		正常・その他		帝王切開・吸引・仮死		
	出生時の体重		(            )g 早産などの場合(            )週で出産				
発達の状況	首のすわり(            ヶ月) ひとり歩き(            ヶ月)		はいはい(            ヶ月) 片言を言う(            ヶ月)		人見知り(            ヶ月) 指さし(            ヶ月)		
	簡単な指示・禁止がわかりますか。		はい・いいえ				
	自分の名前と年齢が言えますか。		はい・いいえ				
	簡単な会話ができますか。		はい・いいえ				
	食事は自分で食べますか。		はい・いいえ		は し ・ スプーン フォーク ・ 手づかみ		
	衣服の着脱は自分でできますか。		はい・いいえ				
	トイレで排泄できますか。		はい・いいえ                    パンツ ・ オムツ				
	今までに定期健診は、受けていますか。		4ヶ月 ・ 1才半 ・ 3才半 ・ 受けたことがない				
	上記の健診で、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。 ※「はい」と答えた方は該当する□にも☑してください。		はい・いいえ		<input type="checkbox"/> 医療機関に通院している 医療機関名(                    ) 病名(                    ) <input type="checkbox"/> 保健センターで経過観察をしている <input type="checkbox"/> その他(                    )		
	養育する上で心配なことや困っていることはありますか。 ※「ある」と答えた方は該当する□にも☑してください。		ある・ない		<input type="checkbox"/> 目が合わない <input type="checkbox"/> かんしゃくをおこす <input type="checkbox"/> 言葉が遅い <input type="checkbox"/> その他(                    )		
これまで身体の様子	心臓が悪いと言われたことがありますか。		はい・いいえ		病名(                    )		
	視力・聴力に異常があるとされたことがありますか。		はい・いいえ		病名(                    )		
	「ひきつけ」や「けいれん」をおこしたことがありますか。		はい・いいえ		_____歳_____ヶ月頃_____℃で_____回位		
	「ぜんそく」と言われたことがありますか。		はい・いいえ		いつ頃(                    )		
	アレルギーはありますか。 ※「はい」と答えた方は状況をご記入ください。		はい・いいえ		検査 ( 済 ・ 未 ) 原因物質(                    ) 除去食の必要[無 有 (内容                    )] アナフィラキシーショック ( 無 ・ 有 )		
	アトピーはありますか。		はい・いいえ		原因物質(                    ) 状態(                    )		
	食べ物によって下痢・湿疹・嘔吐などの症状がでますか。		はい・いいえ		食べ物名(                    )		
	持病がありますか		はい・いいえ		病名(                    )		
	その他、大きな病気にかかったことがありますか。		はい・いいえ		病名(                    )		
	身体障がい者手帳や療育手帳をお持ちですか。		はい・いいえ		・身体障がい者手帳(                    )級 ・療育手帳(                    )判定		

※裏面もあります。

