

児 童 調 査 票

令和 年 月 日

児童氏名		年 齢	歳 月 日
児童の健康状態	<p>該当するものに☑、または記入してください。</p> <p>1 生まれたときの様子 分娩時の異常 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり () 在胎 () 週 () g</p> <p>2 発育歴 首がすわる()か月 お座り()か月 一人歩き()か月 発語()か月</p> <p>3 受けた予防接種 <input type="checkbox"/>BCG <input type="checkbox"/>4種混合 <input type="checkbox"/>日本脳炎 <input type="checkbox"/>麻疹風疹混合 <input type="checkbox"/>ヒブ <input type="checkbox"/>小児の肺炎球菌 <input type="checkbox"/>おたふくかぜ <input type="checkbox"/>水ぼうそう</p> <p>4 今までにかかった病気 <input type="checkbox"/>突発性発疹 <input type="checkbox"/>はしか <input type="checkbox"/>風疹 <input type="checkbox"/>おたふくかぜ <input type="checkbox"/>水ぼうそう <input type="checkbox"/>百日咳 <input type="checkbox"/>B型肝炎 (<input type="checkbox"/>キャリアー <input type="checkbox"/>キャリアーでない)</p> <p>5 基礎疾患 (生まれつきの体質や病気等) <input type="checkbox"/>心臓病 <input type="checkbox"/>腎臓病 <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>てんかん <input type="checkbox"/>川崎病 <input type="checkbox"/>喘息 <input type="checkbox"/>アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/>アレルギー疾患 () <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>6 熱性けいれん <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (これまでに起こした回数： 回・最後に起こした時期： 年 月頃)</p> <p>7 食物アレルギー <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (内容： 食事制限： <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり)</p>		
普段の生活	<p>1 食事 <input type="checkbox"/>母乳 <input type="checkbox"/>混合 <input type="checkbox"/>ミルク 1回量 () mL 回数 () 回/日 <input type="checkbox"/>離乳食 回数 () 回/日 <input type="checkbox"/>普通食 好きなもの () 嫌いなもの () 食事の量 <input type="checkbox"/>少ない <input type="checkbox"/>普通 <input type="checkbox"/>多い <input type="checkbox"/>むらがある 食べ方 <input type="checkbox"/>自分で食べられる <input type="checkbox"/>食べさせてもらう</p> <p>2 排泄 <input type="checkbox"/>全ておむつ <input type="checkbox"/>トイレトレーニング中 <input type="checkbox"/>寝るときのみおむつ <input type="checkbox"/>自立</p> <p>3 昼寝 <input type="checkbox"/>する <input type="checkbox"/>しない <input type="checkbox"/>時々する</p> <p>4 その他 [気になること等]</p> <p style="text-align: right;">2枚目(裏)も記入してください</p>		

発達状況	心身・言語の発達において気になることがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	「はい」の場合 気になる内容：	
	0歳児・1歳児の児童	
	あやすと笑いますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	見えない方向から声をかけるとそちらの方を見ようとしますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	簡単な言葉(おいで、ちょうだい)がわかりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	ママ・ブーブーなど意味のある言葉をいくつか話しますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	簡単な指示を理解できますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	2歳児以上の児童	
	名前を呼ばれたら返事をしますか(呼ばれたことがわかり反応する)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	意味のある単語(物の名称)を話しますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	話しかけられた人と目をあわせますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	簡単な指示を理解できますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	挨拶や返事、生活に必要な言葉を使えますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	食事やおもちゃの片付けなど、時間や状況の区別ができますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	ほかの子どもや周囲に関心を示しますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	友達と順番を守って遊べますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	自分なりのルールや手順にこだわりがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	次のことを極端に嫌がりますか(特定の音・におい・光)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	小さな物音に敏感に反応することはありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	初めて会う人や初めての場所は苦手ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	理由なく突然たたいたり、かみついたり奇声をあげたりしますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	思いどおりにならないとかんしゃくを起こしたり、自分を傷つけることがありますか(例：頭や顔を叩くなど)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	危険な行為を大人の表情や言葉かけでやめることができますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	行動に落ち着きがないと感じることはありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	気になるクセなどはありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	今までに、健康や発達について、健診で指導を受けたことや、医療機関等に相談したことはありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
指導・相談内容		
その他、気になることや配慮を希望することがありましたら、ご記入ください。		