

児童名

上から順に、お子様があてはまるところに  をしてください ( 年 月 日生)
回答内容は、より安全に保育するための資料として利用させていただきます。入所の可否を決定するものではありません。

Table with 2 columns and multiple rows. Left column lists developmental milestones (e.g., '0-2歳はじかから', '3歳以上はここから'). Right column lists corresponding skills or behaviors (e.g., '動くものを目で追う', '空腹、不快をうたえて泣く').

◎今までに大きな病気に
かかったことはありますか?
病名:
病院名:
発病時期: 歳 か月頃
治療状況 完治 治療中

・通院 回/月 ・服薬 回/日
※生活の中で注意が必要なこと

◎「ひきつけ」や「けいれん」を
起こしたことはありますか?
直近の発生: 歳 か月頃
発生の原因: 発熱 °Cで
発熱なし 泣いたとき発生

◎ 乳幼児健診を受診していますか はい いいえ
○ 受診済みの健診を教えてください
4か月 10か月 1歳半 3歳児
○乳幼児健診で指摘を受けましたか はい いいえ
指摘内容

◎食物アレルギーがありますか はい いいえ
わからない
原因: 卵 牛乳 小麦 エビ カニ
その他

○どのような症状がありますか

家庭での対応
(除去食等):

○アナフィラキシーがありますか はい いいえ
○エピペンを持っていますか はい いいえ
○医師の診断がありますか はい いいえ
→最後に受診したのはいつですか 年 月頃

◎発育や発達のこと専門機関に相談・通所
したことはありますか はい いいえ

施設名:
理由:

相談・通所の状況