

様式第2号(第8条関係)

日吉津村乳児等通園支援事業利用児童調査票

面談日： 年 月 日

担当：

ふりがな		愛称		性別	生年月日	年 月 日
児童氏名						
出生時の状況		早産(週)	在胎(週)	平熱	℃	
出生時の状態		身長 cm	体重 g	頭囲 cm	胸囲 cm	
発達・生活の様子など	授乳状況	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 粉乳 <input type="checkbox"/> 混合(出生児から・ヵ月から) ミルク：品名() 乳首のサイズ() 量(cc) 間隔()時間おき				
	離乳食状況	開始 か月頃 ・ 完了 か月頃				
	からだの発達	首がすわった時期	か月頃	寝返りができた時期	か月頃	
		お座りができた時期	か月頃	歩行ができた時期	か月頃	
	こころの発達	・言葉 <input type="checkbox"/> 声を出す <input type="checkbox"/> 喃語 <input type="checkbox"/> 一語文 <input type="checkbox"/> 二語文 <input type="checkbox"/> 大人の言うことがわかる ・指さし【する・しない】 ・人見知り【する・しない】 ・自分の気持ち【わかる・わからない】				
	社会あそび	・好きな遊びや遊具 屋内【 】 屋外【 】 ・主な遊び場 【 】 ・主な遊び相手 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> ひとり <input type="checkbox"/> 同年齢の友達 <input type="checkbox"/> その他()				
	排泄	・紙オムツ 有 ・ 無 【 <input type="checkbox"/> 布オムツ <input type="checkbox"/> トレーニングパンツ <input type="checkbox"/> 綿パンツ】				
	くせ	<input type="checkbox"/> 指しゃぶり <input type="checkbox"/> その他【 】				
	性格	【 】				
	・お子さんの育ちの中で気になる事や心配事がありますか？ 【 】					
・子育てについて大事にされていること、家族の接し方について 【 】						
健康	・ひきつけやけいれん(熱性けいれん)を起こしたことはありますか？ 【 はい ・ いいえ 】 ※はい の方のみ 【 歳の時】 劇薬処方(ダイアップ等) 【 有 ・ 無 】					
	・肘や肩を脱臼したことはありますか？ 【 はい ・ いいえ 】 ※はい の方のみ 【 初回 歳の時】 【部位： 】 【回数： 】					
	・大きな病気をしたことがありますか？ 【 はい ・ いいえ 】 ※はい の方のみ 【 歳の時 診断名： 】					
	・入院したことがありますか？ 【 はい ・ いいえ 】 ※はい の方のみ 【 歳の時 診断名： 】					
	・常時服薬がありますか？ 【 はい ・ いいえ 】 【何の薬： 】 【薬品名： 】					
	・中耳炎になったことがありますか？ 【 はい ・ いいえ 】 【 右耳 ・ 左耳 】					
	・健診・受診で何か指摘されたことがありますか？ 【 はい ・ いいえ 】 ※はい の方のみ 【 健診名： 指摘事項： 】					
	・アレルギーがありますか？ 【 はい ・ いいえ 】 【医師の診断： 有 ・ 無 】 ※原因物質： <input type="checkbox"/> ラテックス <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> 動物 <input type="checkbox"/> 虫 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> その他【 】 ※症状： <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 蕁麻疹 <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> その他【 】					
アレルギー等	・食物アレルギーがありますか？ 【 はい ・ いいえ 】 【医師の診断： 有 ・ 無 】 アレルゲン【 】					
・その他、お子さんの健康等に関して気になることや、症状などがありますか？ 【 】						

上記内容に、相違ありません。

保護者名