

利用兒童調查票

兒童姓名 性別	男 · 女	生年 月日	年 月 日生
體重	出生時： g	現在：	g/kg

1 持病の有無	☐ 持病あり ☐ 持病なし →※「2 アレルギー」から回答してください
病名・症状	☐ 心臓病 ☐ 川崎病 ☐ ひきつけ（熱性けいれん） ☐ 肝炎（種類： ） ☐ てんかん ☐ その他（病名： 症状等： ）
上記について 詳しく記載して ください	・最近の発作はいつですか？ 年 月 日 ・原因または、どのようなときにおきましたか？（ ） ・治療、通院はしていますか？ ☐ はい（状況： ） ☐ いいえ ・集団保育において、配慮することなどはありますか？ （ ）

2 アレルギー	☐ アレルギーあり → ・種類（食物の場合、その種類：（
	☐ アレルギーなし ・症状（（
	☐ まだわからない ・家庭での対応（（
3 薬の服用	☐ あり → ・種類（（
	☐ なし ・家庭での対応（（

4 特別な事情の有無

・障害福祉サービス受給者証を持っていますか？	☐ はい	☐ いいえ
・身体障害者手帳を持っていますか？	☐ はい（ 級）	☐ いいえ
・療育手帳を持っていますか？	☐ はい（ A / B ）	☐ いいえ
・特別児童扶養手当の支給を受けていますか？	☐ はい（申請中含む）	☐ いいえ
・発達相談や検査等で、療育機関や病院を利用したことがありますか？ □子ども発達支援センター □子ども相談センター □北海道子ども総合医療・療育センター(コドモックル) □児童相談所 □保健師等に相談・病院（医療機関名： _____） □その他（機関名など： _____） ※上記施設を利用した結果（ _____）	☐ はい※下記へ	☐ いいえ
・児童相談所で判定を受けたことがありますか？ ※上記施設を利用した結果（ _____）	☐ はい※下記へ	☐ いいえ
・日常生活の中で、医療的ケアが必要不可欠ですか？ ※上記に該当する方は、利用申込の前に市役所子ども家庭課へご相談ください。	☐ はい※下記へ	☐ いいえ

5 その他

・保護者の方（ご家族）の健康状態で特筆すべきことがあればご記入ください。

☐良好

☐その他（続柄： 病名等： ）