

利用児童調査票

児童氏名 性別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日生
体重	出生時： g	現在： g/kg	

1 持病の有無	<input type="checkbox"/> 持病あり <input type="checkbox"/> 持病なし →※「2 アレルギー」から回答してください		
病名・症状	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> ひきつけ（熱性けいれん） <input type="checkbox"/> 肝炎（種類： ） <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> はい（状況： ） <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> アレルギーあり → ・種類（食物の場合、その種類： ） <input type="checkbox"/> アレルギーなし ・症状（ ） <input type="checkbox"/> まだわからない ・家庭での対応（ ）		
3 薬の服用	<input type="checkbox"/> あり → ・種類（ ） <input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・身体障害者手帳を持っていますか？	<input type="checkbox"/> はい（ 級）	<input type="checkbox"/> いいえ
・療育手帳を持っていますか？	<input type="checkbox"/> はい（ A / B ）	<input type="checkbox"/> いいえ
・特別児童扶養手当の支給を受けていますか？	<input type="checkbox"/> はい（申請中含む）	<input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> 子ども発達支援センター <input type="checkbox"/> 子ども相談センター <input type="checkbox"/> 札幌療育センター <input type="checkbox"/> 児童相談所 <input type="checkbox"/> 保健師等に相談・病院（医療機関名： ） <input type="checkbox"/> その他（機関名など： ） ※上記施設を利用した結果（ ）	<input type="checkbox"/> はい※下記へ	<input type="checkbox"/> 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（ ）	<input type="checkbox"/> はい※下記へ	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> その他（続柄： 病名等： ）	
--	--