

児童の健康状況調書

年 月 日記入

児童名 _____ (年 月 日生)

上記児童の状況について該当するものに、✓をつけてください。 Please check in the box

(1) 現在の 状況	<input type="checkbox"/> 母・父・祖母・祖父・国外にいる親族 が保育している (にほんにもどる 月ころ) <input type="checkbox"/> 保育施設 (保育園・幼稚園・託児所) に入所中 (施設名) <input type="checkbox"/> 職場に連れて行っている <input type="checkbox"/> 児童デイ等を利用している (週 日 施設名) 通所受給者証添付
(2) ことば	<input type="checkbox"/> 会話ができる <input type="checkbox"/> 言葉が不明瞭 (発音が聞き取りにくい) <input type="checkbox"/> 単語・二語文で話せる <input type="checkbox"/> 内容は理解できるが言葉が出にくい <input type="checkbox"/> 喃語 (アーアー、ウーウー)は話すが、まだ理解できない ※ Japanese <input type="checkbox"/> Can speak <input type="checkbox"/> Just simple words <input type="checkbox"/> Can not speak・understand at all ※ Japonês <input type="checkbox"/> falo <input type="checkbox"/> Apenas palavras simples <input type="checkbox"/> não falo ・ não entendo
(3) 着脱衣	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 簡単なものは自分でできる <input type="checkbox"/> 大人が着させている
(4) 食 事	<input type="checkbox"/> 自分で食べることができる。(箸 ・フォーク・スプーン ・手づかみ) <input type="checkbox"/> 大人の助けがあればできる <input type="checkbox"/> 食べさせている ※ Can not eat it because of my religion (<input type="checkbox"/> Beef <input type="checkbox"/> Pork <input type="checkbox"/> Chicken)
(5) 排 泄	<input type="checkbox"/> 大小便とも自分でできる <input type="checkbox"/> 自分ではできないが知らせる <input type="checkbox"/> トイレトレーニング中である <input type="checkbox"/> おむつを使用している (終日 夜のみ)
(6) 健 康 発 育	<p>1 アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 食物 【卵(黄身・白身)・牛乳・小麦・ナッツ類・そば】 <input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 症状等 () <input type="checkbox"/> エピペン所有</p> <p>2 持病・治療(手術含む)・通院歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病名) <input type="checkbox"/> 通院中 (医療機関名) <input type="checkbox"/> 服薬 (お薬名) <input type="checkbox"/> 【入院・手術 歴 歳 ヶ月頃】 <input type="checkbox"/> 制限や配慮すること () <input type="checkbox"/> 医療的ケアが必要 ()</p> <p>3 障がい者手帳・療育手帳 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 療育手帳・障がい者手帳 (写しを添付)</p> <p>4 お子様の様子</p> <p>支えなくお座りができるようになった時期 月頃 <input type="checkbox"/> まだ</p> <p>ハイハイができるようになった時期 月頃 <input type="checkbox"/> まだ</p> <p>つかまり立ちができるようになった時期 月頃 <input type="checkbox"/> まだ</p> <p>ひとり歩きができるようになった時期 月頃 <input type="checkbox"/> まだ</p> <p>離乳食(中期程度)…舌と上あごでつぶせる硬さの食べ物 <input type="checkbox"/> たべられる <input type="checkbox"/> まだ</p> <p><input type="checkbox"/> 呼ぶと振り返る、返事をする <input type="checkbox"/> ほかに子どもや周囲に関心を示す(一緒に遊ぶなど)</p> <p><input type="checkbox"/> のけぞって激しく泣く <input type="checkbox"/> 特定のことや物にこだわりがある ()</p> <p><input type="checkbox"/> 目が合いにくい <input type="checkbox"/> 感覚過敏(触れられるのを嫌がる) <input type="checkbox"/> じっとしてられない</p> <p><input type="checkbox"/> 大きな声や音が嫌い <input type="checkbox"/> 奇声をあげたり、かんしゃくをおこす</p> <p><input type="checkbox"/> 発達相談を受けたことがある (内容 機関名)</p> <p>好きな遊び () 好きな食べ物 ()</p>

※ 裏面もご記入ください。

