

## 問診票

この問診票は、保育上注意しなければならないことについて事前に把握するためのものです。  
入所後、保育所（園）でも健康状態等についてお聞きしますので、ご協力をお願いします。

【記入日 年 月 日】

ふりがな		性別	男・女	生年月日	
児童氏名					（ 歳 カ月）
○基礎情報					
	【出生時】身長/体重（ cm/ g）	【現在】身長/体重（ cm/ g・kg）			
	出生状況（異常なし・早産・チアノーゼ・その他（ ））				
○健康状態					
・これまでにかかった病気（有・無） <input type="checkbox"/> 水ぼうそう（ 歳 カ月） <input type="checkbox"/> おたふく風邪（ 歳 カ月） <input type="checkbox"/> 風疹（ 歳 カ月） <input type="checkbox"/> 麻疹（ 歳 カ月） <input type="checkbox"/> その他（ ）					
・入院歴（有・無） 【傷病名：                      】（ 歳 カ月）入院期間（                      日間・カ月間） （現在は <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療していない） （通院は 年・月・週           回、不定期）					
・現在の通院（有・無） 【傷病名：                      】（ 歳 カ月～ 歳 カ月） （通院は 年・月・週           回、不定期）					
・服用中の薬（有・無） 薬名（                      ）           服用理由（                      ） 服用する時間（朝 昼 夕） その他（                      ） ※園での投薬について（必要・不要）					
・かかりつけ医（                      ）					
・アレルギー（有・無・まだわからない）           検査（受けた・受けていない） <input type="checkbox"/> たまご <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> その他（                      ） ※除去食（あり・なし）					
・障害者手帳等について（有・無） <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> その他（                      ）					
・健康状態で心配なこと（有・無）					
・熱性けいれん（有・無           歳 カ月） ・肘内障（有・無           歳 カ月 右腕 左腕） ・その他、気になること （                      ）					
○お子さんのことで心配なこと、困っていることはありますか。※言葉や発達について					
※健康診断で医師や保健師等から指導を受けた（有・無           歳健診）					
○上記のほかに、心配していることや気にかけて欲しいことはありますか。					