

<入所申込児童の状態>

記入日： 年 月 日

児童氏名：	生年月日： 年 月 日
-------	----------------

1. 出生について

①出生体重は	グラム	②妊娠期間は	週
③分娩は	<input type="checkbox"/> 自然分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> その他（	）	
④出生時異常は	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> 早産/ <input type="checkbox"/> 保育器使用/ <input type="checkbox"/> 仮死/ <input type="checkbox"/> その他（	）	

2. 食事・排泄について

①現在の食事は	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 混合栄養 <input type="checkbox"/> 離乳食 ⇒ <input type="checkbox"/> 初期/ <input type="checkbox"/> 中期/ <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 普通食
②食べる時に使うのは	<input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> はし
③水分補給は	<input type="checkbox"/> 哺乳瓶 <input type="checkbox"/> ベビーマグ <input type="checkbox"/> ストロー <input type="checkbox"/> コップ ⇒ <input type="checkbox"/> 支えてもらいながら/ <input type="checkbox"/> 一人で
④排泄は	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 寝る時だけおむつ <input type="checkbox"/> 自分ではできないが知らせる <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 自立

3. 体質について

<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> 脱臼しやすい ⇒ 部位：	
<input type="checkbox"/> 便秘がち <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 吐きやすい <input type="checkbox"/> 熱を出しやすい <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	
<input type="checkbox"/> 食物アレルギー ⇒ <input type="checkbox"/> 卵/ <input type="checkbox"/> 牛乳/ <input type="checkbox"/> 小麦/ <input type="checkbox"/> 大豆/ <input type="checkbox"/> 落花生/ <input type="checkbox"/> そば/ <input type="checkbox"/> その他（	）
<input type="checkbox"/> 食物以外のアレルギー ⇒ <input type="checkbox"/> ハウスダスト/ <input type="checkbox"/> 花粉/ <input type="checkbox"/> その他（	）
<input type="checkbox"/> 医師の指示等あり ⇒ 内容：	

4. 健康状態について

①乳幼児健診で指摘は	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 歳 月 日 児健診（内容：	）
②熱性けいれんを起こしたことは	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 最後の発症日：	年 月 日
③ひきつけを起こしたことは	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 最後の発症日：	年 月 日
④今までにかかった病気は	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患（病名：） <input type="checkbox"/> その他（	）
⇒最後ににかかった病気（時期： 歳 月 日頃、病名：	）	
⑤入院したことは	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 病名等：	入院期間：
⑥治療中の病気は	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 病名等：	
⑦医師の指示や気になること等は	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 内容	

5. 発育等について

①首のすわりは	か月頃	②ハイハイは	か月頃	③歩きはじめは	か月頃
④言葉（日本語）は	<input type="checkbox"/> 普通に話せる <input type="checkbox"/> 二語文（「わんわん来た」等）が話せる <input type="checkbox"/> 単語のみ <input type="checkbox"/> 話せないと言われることは理解できる <input type="checkbox"/> 話せないし言われたことも理解できない				
⑤専門機関等への相談等は	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 幼児相談 <input type="checkbox"/> ことばの教室 <input type="checkbox"/> 児童相談所 <input type="checkbox"/> 児童発達支援（療育支援） <input type="checkbox"/> その他（	）			
相談内容：					
⑥障害者手帳等の取得	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（種類：	等級	）		
⑦ことばや発達面、集団生活などで気になることや配慮が必要なこと等は	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒内容：				

6. その他(食習慣、習癖(くせ)、気になること等があれば記入してください)

--

※提出後に変更が生じた場合は、この「入所申込児童の状態」を改めて提出してください