

お子様の健康や生活状況把握の為、出来るだけ詳しくお書き下さい。

ふりがな 氏名		性別	男・女	年	月	日	生
現在の	身長		cm	/	体重		kg
健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 持病・病歴等（ ） <input type="checkbox"/> 障害等（障害名： ） <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> ゼイゼイしやすい <input type="checkbox"/> よく熱が出やすい <input type="checkbox"/> 皮膚が弱い <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい <input type="checkbox"/> 吐きやすい <input type="checkbox"/> 湿疹が出やすい <input type="checkbox"/> 鼻血が出やすい <input type="checkbox"/> 便秘がち <input type="checkbox"/> 蕁麻疹が出やすい <input type="checkbox"/> 目ヤニが出やすい <input type="checkbox"/> 脱臼したことがある（部位 ） <input type="checkbox"/> 化膿しやすい <input type="checkbox"/> ひきつけ（ ） <input type="checkbox"/> その他						
医療ケアのあるなし	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり… <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 血糖値測定 <input type="checkbox"/> インスリン投与 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 人工肛門の管理 <input type="checkbox"/> その他						
服薬中の薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（1日 回/ <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 / 薬の種類：						
発育発達上気になること	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（例：言葉、発育の遅れ、声掛けに対する反応が遅い、落ち着きがない） （ ）						
食事	食欲	多い ・ ふつう ・ 少ない					
	水分	お茶 ・ イオン飲料 ・ ジュース <input type="checkbox"/> コップで飲める <input type="checkbox"/> ストローで飲める					
	ミルク	母乳・粉ミルク・フォローアップミルク・混合・飲んでいない （ ）時間おきに（ ）ccを（ ）回 メーカー： <input type="checkbox"/> 哺乳瓶を使える					
	おやつ						
	好きな食べ物						
	苦手な食べ物						
	食べ方	一人で食べる ・ 食べさせて貰う ・ 手伝いが必要					
	食具	手掴みで食べる ・ スプーンが使える ・ フォークが使える					
	朝ごはん	食べている ・ 食べていない					
	所要時間	分					
	アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 卵・乳・乳製品・小麦・そば・落花生・えび・かに・その他（ ） アレルギー検査の受診歴 無 ・ 有 【病院名： 】 アナフィラキシーショックの既往 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【原因： <input type="checkbox"/> 食物（ ） <input type="checkbox"/> ハチ毒 <input type="checkbox"/> 薬物 <input type="checkbox"/> ラテックス】 既往の時期 ____歳ごろ エピペン所有（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）					

睡眠	昼	(:) 時頃～(:) 時頃まで
	夜	(:) 時頃～(:) 時頃まで
	寝かしつけの方法	ベッド・布団・ラック・抱っこ・添い乳・その他()
	寝姿勢	仰向け・うつぶせ・横向き・その他()
排泄	オムツ	している ・ 寝るときのみしている ・ していない
	小便	教える(一人でする ・ 一人でオムツでする ・ 一人でしない) ・ 教えない
	大便	教える(一人でする ・ 一人でオムツでする ・ 一人でしない) ・ 教えない 一日()回 / 決まっている(時頃) ・ 決まっていない
言葉	大人の言う事が	わかる ・ 少しわかる ・ わからない
	会話を	する ・ 少しする ・ しない
	自分の名前が	わかる ・ わからない
着脱	オムツやズボン	一人で脱げる・一人で履ける・手伝いが必要・させたことがない
遊び	好きな遊び	
	遊び相手	
くせ		爪を噛む ・ 指しゃぶり ・ タオルを(さわる ・ しゃぶる)

関係機関との関わり

関わりの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 現在相談中 <input type="checkbox"/> 相談の経過あり()年ごろ
機関の名称	<input type="checkbox"/> 子育て支援センター(<input type="checkbox"/> 母子健康班 <input type="checkbox"/> 療育相談班 <input type="checkbox"/> こども家庭支援班) <input type="checkbox"/> 陽光園 <input type="checkbox"/> 児童相談所 <input type="checkbox"/> その他()
相談の内容	

その他

(配慮して欲しいところ、気になること、相談事、何でもお書きください)