

4. 児童の健康状態

利用を希望する児童の健康状態について、以下のすべての項目についてお答えください。

(該当する項目に✓し、「はい」の場合はその内容等を記載してください。)

1 過去に大きな病気をしたことがありますか。

はい いいえ

病名	
病院名	

2 言葉やその他の発達について継続して相談・受診をしている機関はありますか。

はい いいえ

内容	
相談先	

3 アレルギー（食物・アトピー等）はありますか。

はい いいえ

アレルギーの種類・内容	
判断した人	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> その他 ()
上記アレルギーによりアナフィラキシーを起こしたことはありますか	
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
直近で 年 月頃	

4 乳幼児健診を受けましたか。

はい いいえ

受けたものに✓を してください	<input type="checkbox"/> 4か月 <input type="checkbox"/> 6か月 <input type="checkbox"/> 9か月 <input type="checkbox"/> 1歳6か月
健診時に指摘事項は ありましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
いつの健診のことですか 指摘事項の内容はどのよう なものですか	() 健診のとき
	内容
	() 健診のとき
	内容
指摘を受けた内容につい て、現在はどのような状況 ですか	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> その他 ()

5 その他、健康、言葉、行動など発達面で気になることをご記入ください。

--