## 問診票(申請に係る児童の現在の状況)

図 数:( 週)  田生後状況:正常・異常あり一仮死・強い黄疸・けいれん・その他( 田生き体況:正常・異常あり一仮死・強い黄疸・けいれん・その他( 田生時体重:( g)・身長( cm) 現在の体重:( g,・身長)・身長( cm) 現在の体重:( g,・皮)・身長( cm) 現在の体重:( g,・皮)・身長( cm) 現在の体重:( g,・皮)・身長( cm) 別なの体重:( g)・皮(おいしいえ) (けがまたは病名: 年 月〜 年 月) 現在も経過観察はありますか?ない・ある( 年 月)頃に入院・手術) ③アレルギー等がありますか?(はい・いいえ) 「はい"とお答えの方 □食べ物(卵/牛乳/そば/大豆/小麦/その他 ) ロハウスダスト □花粉 □その他( ) 原法素等の医師の指示 (ある・ない・未検査) アナフィラキシーの有無(あり・なし) 重由 宗教上・その他( ) ②ひきつけ・けいれんを起こした事がありますか?(はい・いいえ) 「はい"とお答えの方 □熱性 □無熱性 □てんかん □その他 今までに何回ありましたか?( 回/初発 歳 ヶ月頃) ⑤発達や慢性的な病気な事で相談している病院や施設がありますか?(はい・いいえ) 病名又は障害名( ) 病院名または施設名( ) 病院名または施設名( ) 病院名または施設名( ) 病院名または施設名( ) の際とすの常生活・集団生活等について相談した事や指導を受けた事がありますか?(はい・いいえ) 内容( ) の降書者手帳又は愛の手帳をお持ちですか?(はい・いいえ) □身体障害者手帳 □繋の手帳をお持ちですか?(はい・いいえ) □身体障害者手帳 □精神障害者保健福祉手帳 □愛の手帳 度・級 ※②~⑤の質問で"はい"と答えた方はお答えください。医師に集団保育が可能と判断されていますか?(はい・いいえ)	①出生状況	
田生後状況:正常・異常あり一仮死・強い黄疸・けいれん・その他( 田生時体重:(g)・身長(cm) 現在の体重:(g)・身長(cm) 現在の体重:(g)・身長(cm) 現在の体重:(g)・身長(cm) (けがまたは病名: 月頃に入院・通院・手術)) (けがまたは病名: 月頃に入院・通院・手術) (けがまたは病名: 月頃に入院・通院・手術) 現在も経過観察はありますか?ない・ある(通院回数 月・週 回程度) 今後も入院・手術の予定がありますか?ない・ある(通院回数 月・週 回程度) 今後も入院・手術の予定がありますか?ない・ある(重院回数 月・週 回程度) 今後も入院・手術の予定がありますか?ない・ある(重院回数 月・週 回程度) のとべ物(卵/牛乳/そば/大豆/小麦/その他 ) ロハウスダスト □花粉 □その他( ) 症状( ) 除去等の医師の指示 (ある・ない・未検査) アナフィラキシーの有無(あり・なし) 理由 宗教上・その他( ) (はい・とお答えの方 □熱性 □無熱性 □てんかん □その他 今までに何回ありましたか?( 回/初発 歳 ヶ月頃) (の発達や慢性的な病気な事で相談している病院や施設がありますか?(はい・いいえ)病名又は障害名( ) 病院名または施設名( ) 通院・通所回数(月・週 回程度) ※慢性的な病気や障害がある場合、その治療・療育にあたっている「主治医等からの意見書」を添付して下さい。 (の機修等で日常生活・集団生活等について相談した事や指導を受けた事がありますか?(はい・いいえ)内容( ) (の降害者手帳又は愛の手帳をお持ちですか?(はい・いいえ) □身体障害者手帳 □精神障害者保健福祉手帳 □愛の手帳 度・級 ※②~⑤の質問で"はい"と答えた方はお答えください。医師に集団保育が可能と判断されていますか?(はい・いいえ) ●その他保育園入園にあたり、健康上・発達上気になること、または保育園に伝えておきたいことがありまし		
出生時体重:( g)・身長( cm) 現在の体重:( g)・身長( grkg) 身長( cm) 関連の体重:( grkg) 身長( cm) 図合までに大きなけがや病気等で入院・通院・手術したことはありますか?(はい・いへえ) (けがまたは病名:		
②今までに大きなけがや病気等で入院・通院・手術したことはありますか?(はい・いいえ)		
"はい"とお答えの方( 年 月頃に 入院 ・ 通院 ・ 手術 ) (けがまたは病名: )  入院期間( 年 月~ 年 月) 現在も経過観察はありますか? ない・ある(通院回数 月・週 回程度) 今後も入院・手術の予定がありますか? ない・ある(通院回数 月・週 回程度) 今後も入院・手術の予定がありますか? ない・ある( 年 月頃に入院・手術)  ③アレルギー等がありますか?(はい・いんえ) "はい"とお答えの方 □食べ物(卵/牛乳/そば/大豆/小麦/その他 ) ロハウスダスト □花粉 □その他( ) 症状( ) 除去等の医師の指示 (ある・ない・未検査) アナフィラキシーの有無 (あり・なし) 理由 宗教上・その他( ) (④ひきつけ・けいれんを起こした事がありますか?(はい・いしえ) "はい"とお答えの方 □熱性 □無熱性 □てんかん □その他 今までに何回ありましたか?( 回/初発 歳 ヶ月頃)  ⑤発達や慢性的な病気な事で相談している病院や施設がありますか?(はい・いしえ)病名又は障害名( 演院・通所回数( 月・週 回程度) ※慢性的な病気や障害がある場合、その治療・療育にあたっている「主治医等からの意見書」を添付して下さい。 ⑥健診等で日常生活・集団生活等について相談した事や指導を受けた事がありますか?(はい・いしえ)内容( )  「障害者手帳又は愛の手帳をお持ちですか?(はい・いいえ) □身体障害者手帳 □精神障害者保健福祉手帳 □愛の手帳度・級 ※②~⑤の質問で"はい"と答えた方はお答えください。医師に集団保育が可能と判断されていますか?(はい・いいえ) ●その他保育園入園にあたり、健康上・発達上気になること、または保育園に伝えておきたいことがありまし	現在の体重: ( g·kg)・身長( cm)	
今後も入院・手術の予定がありますか? ない・ある( 年 月頃に入院・手術)  ③アレルギー等がありますか?(はい・いいえ)  "はい"とお答えの方 □食べ物(卵/牛乳/そば/大豆/小麦/その他 ) □ハウスダスト □花粉 □その他( ) 症状( ) 除去等の医師の指示 (ある・ない・未検査) アナフィラキシーの有無 (あり・なし) 理由 宗教上・その他( ) ②ひきつけ・けいれんを起こした事がありますか?(はい・いいえ) "はい"とお答えの方 □熱性 □無熱性 □てんかん □その他 今までに何回ありましたか?( 回/初発 歳 ヶ月頃)  ⑤発達や慢性的な病気な事で相談している病院や施設がありますか?(はい・いいえ) 病名又は障害名( ) 病院名または施設名( ) 適強院・通所回数( 月・週 回程度)  ※慢性的な病気や障害がある場合、その治療・療育にあたっている「主治医等からの意見書」を添付して下さい。 ⑥健診等で日常生活・集団生活等について相談した事や指導を受けた事がありますか?(はい・いいえ) 内容( )  ⑦障害者手帳又は愛の手帳をお持ちですか?(はい・いいえ) □身体障害者手帳 □精神障害者保健福祉手帳 □愛の手帳	"はい"とお答えの方( 年 月頃に 入院 ・ 通院 ・ 手術 ) (けがまたは病名: ) 入院期間( 年 月~ 年 月)	
"はい"とお答えの方 □食べ物(卵/牛乳/そば/大豆/小麦/その他 □ハウスダスト □花粉 □その他( 症状( 除去等の医師の指示 (ある・ない・未検査) アナフィラキシーの有無 (あり・なし) 重由 宗教上・その他( ) ④ひきつけ・けいれんを起こした事がありますか?(はい・いいえ) "はい"とお答えの方 □熱性 □無熱性 □てんかん □その他 今までに何回ありましたか?( 回/初発 歳 ヶ月頃) ⑤発達や慢性的な病気な事で相談している病院や施設がありますか?(はい・いいえ) 病名又は障害名( 病院名または施設名( 」) 適院・通所回数(月・週 回程度) ※慢性的な病気や障害がある場合、その治療・療育にあたっている「主治医等からの意見書」を添付して下さい。 ⑥健診等で日常生活・集団生活等について相談した事や指導を受けた事がありますか?(はい・いいえ) 内容( ⑦障害者手帳又は愛の手帳をお持ちですか?(はい・いいえ) □身体障害者手帳 □精神障害者保健福祉手帳 □愛の手帳 _ 度・級 ※②~⑤の質問で"はい"と答えた方はお答えください。医師に集団保育が可能と判断されていますか?(はい・いいえ) ●その他保育園入園にあたり、健康上・発達上気になること、または保育園に伝えておきたいことがありまし	今後も入院・手術の予定がありますか? ない・ある( 年 月頃に入院・手術	<del>ቫ</del> )
理由 宗教上・その他(  ④ひきつけ・けいれんを起こした事がありますか?(はい・いいえ) "はい"とお答えの方 □熱性 □無熱性 □てんかん □その他 今までに何回ありましたか?( 回/初発 歳 ヶ月頃)  ⑤発達や慢性的な病気な事で相談している病院や施設がありますか?(はい・いいえ) 病名又は障害名( ) 病院名または施設名( ) 通院・通所回数( 月・週 回程度)  ※慢性的な病気や障害がある場合、その治療・療育にあたっている「主治医等からの意見書」を添付して下さい。  ⑥健診等で日常生活・集団生活等について相談した事や指導を受けた事がありますか?(はい・いいえ) 内容( )  ⑦障害者手帳又は愛の手帳をお持ちですか?(はい・いいえ) □身体障害者手帳 □精神障害者保健福祉手帳 □愛の手帳度・級  ※②~⑤の質問で"はい"と答えた方はお答えください。医師に集団保育が可能と判断されていますか?(はい・いいえ)  ●その他保育園入園にあたり、健康上・発達上気になること、または保育園に伝えておきたいことがありまし	"はい"とお答えの方 □食べ物(卵/牛乳/そば/大豆/小麦/その他 □ハウスダスト □花粉 □その他( 症状( 除去等の医師の指示 (ある・ない・未検査) アナフィラキシーの有無(あり・なし)	) )
"はい"とお答えの方 □熱性 □無熱性 □てんかん □その他 今までに何回ありましたか?( 回/初発 歳 ヶ月頃)  ⑤発達や慢性的な病気な事で相談している病院や施設がありますか?(はい・いいえ) 病名又は障害名( 病院名または施設名( ) 通院・通所回数( 月・週 回程度)  ※慢性的な病気や障害がある場合、その治療・療育にあたっている「主治医等からの意見書」を添付して下さい。  ⑥健診等で日常生活・集団生活等について相談した事や指導を受けた事がありますか?(はい・いいえ) 内容( )  ⑦障害者手帳又は愛の手帳をお持ちですか?(はい・いいえ) □身体障害者手帳 □精神障害者保健福祉手帳 □愛の手帳度・級  ※②~⑤の質問で"はい"と答えた方はお答えください。医師に集団保育が可能と判断されていますか?(はい・いいえ)	Pallet I I I I I I I I I I I I I I I I I I I	
病名又は障害名( 病院名または施設名( 通院・通所回数(月・週 回程度) ※慢性的な病気や障害がある場合、その治療・療育にあたっている「主治医等からの意見書」を添付して下さい。 ⑥健診等で日常生活・集団生活等について相談した事や指導を受けた事がありますか?(はい・いいえ)内容( ) ⑦障害者手帳又は愛の手帳をお持ちですか?(はい・いいえ) □身体障害者手帳 □精神障害者保健福祉手帳 □愛の手帳度・級 ※②~⑤の質問で"はい"と答えた方はお答えください。医師に集団保育が可能と判断されていますか?(はい・いいえ)	"はい"とお答えの方 □熱性 □無熱性 □てんかん □その他	
下さい。  ⑥健診等で日常生活・集団生活等について相談した事や指導を受けた事がありますか?(はい・いいえ)内容(  ⑦障害者手帳又は愛の手帳をお持ちですか?(はい・いいえ) □身体障害者手帳 □精神障害者保健福祉手帳 □愛の手帳度・級  ※②~⑤の質問で"はい"と答えた方はお答えください。医師に集団保育が可能と判断されていますか?(はい・いいえ)  ●その他保育園入園にあたり、健康上・発達上気になること、または保育園に伝えておきたいことがありまし	病名又は障害名( 病院名または施設名( )	
内容( )  ⑦障害者手帳又は愛の手帳をお持ちですか?(はい・いいえ) □身体障害者手帳 □精神障害者保健福祉手帳 □愛の手帳度・級  ※②~⑤の質問で"はい"と答えた方はお答えください。医師に集団保育が可能と判断されていますか? (はい・いいえ)  ●その他保育園入園にあたり、健康上・発達上気になること、または保育園に伝えておきたいことがありまし		忝付して
□身体障害者手帳 □精神障害者保健福祉手帳 □愛の手帳度・級  ※②~⑤の質問で"はい"と答えた方はお答えください。医師に集団保育が可能と判断されていますか? (はい・いいえ)  ●その他保育園入園にあたり、健康上・発達上気になること、または保育園に伝えておきたいことがありまし		・いいえ)
(はい・いいえ)  ●その他保育園入園にあたり、健康上・発達上気になること、または保育園に伝えておきたいことがありまし		
		ますか?
		:がありまし