

お子さんの名前: _____

お子さんの生育歴・発達の様子・生活の様子・医療情報についておうかがいします。

該当する項目にチェックを入れ、記載をお願いします。（記載が難しいものは、未記入で構いません。）

1 生育歴について

妊 娠 中	所見 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> 切迫流産 <input type="checkbox"/> 妊娠中毒症 <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> 服薬 () <input type="checkbox"/> その他 () 入院治療 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____ か月頃 _____ 日間、病名 _____) 妊娠期間に気になった点 (_____)	空欄は事業所が使用します																																
出 生 時	出生場所 : _____ 分娩所要時間: _____ 時間 / 出生週数: _____ 週 _____ 日 身長 : _____ c m / 体重: _____ g / 頭囲: _____ c m / 胸囲: _____ c m 所見 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 : <input type="checkbox"/> 逆子 <input type="checkbox"/> 早期破水 <input type="checkbox"/> 遅延分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 鉗子分娩 <input type="checkbox"/> 羊水混濁 <input type="checkbox"/> 前置胎盤 <input type="checkbox"/> その他 (_____) 出産前後に気になった点 (_____)																																	
新 生 児 期	仮死状態: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (アプガースコア _____ 点) 呼吸困難: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 チアノーゼ: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 黄疸: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (光線療法: <input type="checkbox"/> 受けた _____ 日/ 交換輸血: <input type="checkbox"/> 受けた) けいれん: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 保育器使用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (保育器の使用日数 _____ 日) 酸素吸入: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有/ 人工呼吸器: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 生まれてから1か月の間に気になった点 (_____)																																	
乳 幼 児 期	運動発達 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <tr> <td style="width:25%;">くびのすわり</td> <td style="width:25%;">歳 か月</td> <td style="width:25%;">つかまり立ち</td> <td style="width:25%;">歳 か月</td> </tr> <tr> <td>寝返り</td> <td>歳 か月</td> <td>ひとり歩き</td> <td>歳 か月</td> </tr> <tr> <td>おすわり</td> <td>歳 か月</td> <td>走る</td> <td>歳 か月</td> </tr> <tr> <td>ハイハイ</td> <td>歳 か月</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> 精神発達 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <tr> <td style="width:25%;">人見知り</td> <td style="width:25%;"> <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> <td style="width:25%;">模倣</td> <td style="width:25%;"> <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td>後追い</td> <td> <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</td> <td>初語</td> <td> 歳 か月</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>二語文</td> <td> 歳 か月</td> </tr> </table> 1歳半健診までの間に気になった点 (_____) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width:30%;">1歳半健診 相談内容</td> <td style="width:70%;"></td> </tr> <tr> <td>3歳健診 相談内容</td> <td></td> </tr> </table>	くびのすわり	歳 か月	つかまり立ち	歳 か月	寝返り	歳 か月	ひとり歩き	歳 か月	おすわり	歳 か月	走る	歳 か月	ハイハイ	歳 か月			人見知り	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	模倣	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	後追い	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	初語	歳 か月			二語文	歳 か月	1歳半健診 相談内容		3歳健診 相談内容		
くびのすわり	歳 か月	つかまり立ち	歳 か月																															
寝返り	歳 か月	ひとり歩き	歳 か月																															
おすわり	歳 か月	走る	歳 か月																															
ハイハイ	歳 か月																																	
人見知り	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	模倣	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有																															
後追い	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	初語	歳 か月																															
		二語文	歳 か月																															
1歳半健診 相談内容																																		
3歳健診 相談内容																																		

遊 び	内容	<input type="checkbox"/> ①感覚遊びが主（自分の身体・砂や水・ひも等） <input type="checkbox"/> ②おもちゃの機能を理解して遊べる（ミニカーを走らせる等） <input type="checkbox"/> ③まねっこ遊びや再現遊び、おもちゃ同士を組み合わせて遊ぶ <input type="checkbox"/> ④～のつもり、～のふりなどのごっこ遊びができる <input type="checkbox"/> ⑤友だちとも単純な遊びやゲームであれば参加でき、楽しめる <input type="checkbox"/> ⑥ルールのある遊び・ゲームなど、ほぼ問題なく参加でき楽しめる	空欄は事業所が使用します
	遊び相手	<input type="checkbox"/> 一人遊び <input type="checkbox"/> 大人と一緒に <input type="checkbox"/> きょうだいで一緒に <input type="checkbox"/> 友だちと一緒に	
	好きな遊び		
	TV・スマホ等	<input type="checkbox"/> 見ない <input type="checkbox"/> 決まったものだけ <input type="checkbox"/> よく見る	一日に _____ 時間位見る

行 動	行動面	<input type="checkbox"/> ①落ち着きがなくじっとしていない <input type="checkbox"/> ②癖・きまりごとがある。こだわりが強い <input type="checkbox"/> ③パニックをおこすことがある <input type="checkbox"/> ④自傷行為がある <input type="checkbox"/> ⑤物を壊してしまう <input type="checkbox"/> ⑥同じ質問を何回もしつこく繰り返す <input type="checkbox"/> ⑦不器用、運動が苦手 <input type="checkbox"/> ⑧音や特定の感覚に敏感である <input type="checkbox"/> ⑨不安が強い <input type="checkbox"/> ⑩生活リズムが整わない、疲れやすい <input type="checkbox"/> ⑪幼稚園・保育園に行きたがらない <input type="checkbox"/> ⑫チックのような行動がみられる <input type="checkbox"/> ⑬行動のコントロールが難しい <input type="checkbox"/> ⑭他の人に乱暴することがある（叩く・つねる・押す・その他 _____） <input type="checkbox"/> ⑮ピョンピョン飛び跳ねたり、身体を前後揺すっていたり、グルグル走り回る <input type="checkbox"/> ⑯その他（ _____ ）		
	集団場面で指摘される問題			
	保護者が一番心配している行動	家庭で		
		外で		

生 活 リ ズ ム	<input type="checkbox"/> 安定している <input type="checkbox"/> 安定していない ※以下、おおよその時間をご記入ください。	
	起床（朝）	時 分頃 就寝（夜） 時 分頃
	午睡（昼寝）	時 分 ~ 時 分 まで
	朝食	時 分頃 昼食 時 分頃 夕食 時 分頃
	ミルク：1日	回（1回 ml）・あげる時間：
	保育園・幼稚園に通っている方	登園： 時 分頃 降園： 時 分頃
	午前の過ごし方：	_____
	午後の過ごし方：	_____

3 医療情報

通院	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					空欄は事業所が使用します
	医療機関名	診療科	担当医師名	頻度	目的	
服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
	薬の名前	薬の目的	薬の量			
医学的検査	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
	検査名	実施機関名	検査年月	結果		
	脳波		年 月			
	CT		年 月			
	MRI		年 月			
	染色体検査		年 月			
	聴力検査		年 月			
			年 月			
医学的診断	診断名 _____ 診断機関 _____ 診断日 _____年__月					
病歴	<input type="checkbox"/> 頭部外傷 <input type="checkbox"/> 髄膜炎 <input type="checkbox"/> 脳炎 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー（原因 _____） <input type="checkbox"/> 物アレルギー（原因 _____） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）					
けいれん (ひきつけ)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（初めて起こした時期 _____年__月、その後 _____回） <input type="checkbox"/> 熱性 / <input type="checkbox"/> 無熱性					
てんかん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（初めて起こした時期 _____年__月、その後 _____回） 現在の対応 <input type="checkbox"/> 抗てんかん薬服薬 <input type="checkbox"/> 服薬はしていないが受診継続					
予防接種 (定期接種)	<input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 四種混合 (DPT-IPV) [D:ジフテリア P:百日咳 T: 破傷風 IPV:ポリオ] <input type="checkbox"/> B型肝炎 (HBV) <input type="checkbox"/> インフルエンザ菌b型 (Hib) <input type="checkbox"/> MR (麻疹・風疹) <input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう) その他（ _____ ）					

この「児童調査票」は、記載の上、「評価面接申込書」と一緒にみつばち園初回面接来所の際お持ちください。