

児童調査票

ふりがな	生年月日	令和 年 月 日	性別 男・女	記入時 歳 ヶ月
児童氏名				() 歳児入園予定
ふりがな	住所 アパート名等	半田市 町 丁目 番地	連絡先電話番号	
保護者氏名				

1. お子さんの出産前後のことについて

新生児期に異常がありましたか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()
大きな病気にかかったことがありましたか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()

2. 健診について (お子さんについて何か指摘されたことがありましたら具体的に詳しく記入してください)

関係した専門機関

1か月 健診	指導 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容) <input type="checkbox"/> 未受診	<input type="checkbox"/> 病院・クリニック等 <input type="checkbox"/> ふたば園等 <input type="checkbox"/> その他 ()
3か月 健診	指導 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容) <input type="checkbox"/> 未受診	
1歳6か月 健診	指導 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容) <input type="checkbox"/> 未受診	
3歳 健診	指導 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容) <input type="checkbox"/> 未受診	

3. 身体健康状況

健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> かかりやすい病気あり ()
けいれん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (回) 最後 年 月 日
視力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ()
聴力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ()
脱臼	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
その他	()

4. お子さんの発達・性格・くせ等、気になることについて