

次の項目について、記入日時点の状況で、該当するものにチェック又は具体的に記載してください。

なお、本調査票の内容は利用認定に影響しません。また、利用申込時に、別途、実施施設から健康等の調査がある場合があります。

子どもの 氏名		生年月日	年 月 日
健康診査 の受診	受診した健康診査にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 3ヶ月健康診査 <input type="checkbox"/> 乳児一般健康診査（5～10ヶ月児） <input type="checkbox"/> 1歳6ヶ月児健康診査 健康診断による指導事項や健康状態で心配なことはありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []		
心身の 健康状態	心身、言語等の発達において気になることはありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []		
持病や 治療中 の病気	持病や治療中の病気はありますか。（例：ぜんそくなど） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []		
アレルギー	アレルギーはありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 大豆） <input type="checkbox"/> その他 []		
食事	<input type="checkbox"/> 一人で食事が出来る <input type="checkbox"/> 大人の補助があれば食べられる <input type="checkbox"/> スプーン、フォークが使える <input type="checkbox"/> 箸が使える		
排泄	<input type="checkbox"/> おむつをしている <input type="checkbox"/> 自分では出来ないが知らせることができる <input type="checkbox"/> 小便が一人でできる <input type="checkbox"/> 大便が一人でできる		
着脱	<input type="checkbox"/> 一人で衣服の着脱ができない <input type="checkbox"/> 大人の補助があればできる <input type="checkbox"/> 一人で衣服の着脱ができる		
発達状況			
その他	そのほか健康状態や発達で気になることがあれば記載してください。		