

質 問 票

【未就学児用】

ふ り が な		生年月日	平成 年 月 日 (歳 ヶ月)
氏 名		男・女	
1. 乳幼児健診を受けましたか。【 4ヶ月・9ヶ月・1歳8ヶ月・3歳6ヶ月・受けていない 】			
2. 乳幼児健診の受診内容について状況に応じ、保育に必要な情報を受診先より（前市町村含む）受けてもよいですか。		はい	いいえ
3. 先天性代謝異常等、検査結果に異常がありましたか。		はい	いいえ
4. アレルギーなどの特異体質がありますか。		※ はい	いいえ
※それは何についてですか 【 】			
5. 定期的に医療機関に検査や診察を受けていますか。		※ はい	いいえ
※それは何についてですか 【 】			
6. 常時服用薬や塗り薬及び浣腸、吸引・経管栄養などを使用していますか。		はい	いいえ
7. 障害者手帳・療育手帳はもっていますか		はい	いいえ
8. 乳幼児健診等で、医療機関・療育・ひまわり教室・めだか教室・発達支援センター・その他 すすめられたことはありますか ※ はい 【 年 月 頃】 ・ いいえ			
9. 今までに大きな病気をしたことがありますか（熱性けいれん、脱臼、手術等） ※ はい 【 年 月 頃】 ・ いいえ ※それは何についてですか 【 】			
医師から日常生活や体調管理等の指導がありましたら書いてください。			
特記事項			

母子手帳 お薬手帳 子 担当()

