

学 童	フリガナ					性 別					
	氏 名					平成 年 月 日生					
	住所										
かかりつけの病院名		小児科・内科				電話		()			
		外科				電話		()			
当 て は ま る 番 号 に ○ を 付 け 、 記 入 し て く だ さ い。	1	平熱は 度 分									
	2	病気等について									
	今までにかかった病気	1	はしか（麻しん）	有・無	予防接種	1	風しん麻しん混合	済・未	左記の病気以外で、今までにかかった病気がありますか。 () (歳) () (歳) () (歳)		
		2	風しん	有・無		2	水ぼうそう	済・未			
		3	水ぼうそう	有・無		3	おたふくかぜ	済・未			
		4	おたふくかぜ	有・無		4	四種混合	済・未			
	起こしやすい体質	1	胃腸が弱い。				8	乗り物に酔いやすい。			
		2	熱を出しやすい。				9	どもりやすい。			
		3	ひきつけを起こしたことがある。				10	小便が近い。			
		4	貧血を起こしやすい。				11	夜尿症である。			
		5	好き嫌いが激しい。				12	鼻血を出しやすい。			
		6	てんかんを起こしたことがある。				13	その他 ()			
		7	ぜんそくをおこしやすい。								
	慢性疾患	1	耳鼻咽喉科 ()				3	皮膚科 ()			
		2	眼科 ()				4	その他 ()			
	アレルギー	食品や薬物、花粉などのアレルギーがありますか。 ☐ 提出します (1) ある (2) ない ※食物アレルギーの方：小学校に「学校生活管理指導表」を ☐ 提出を検討中 ある場合は具体的に記入してください。 ☐ 提出しません ()									
	蜂	蜂に刺されたことがありますか。 (1) ある (2) ない ある場合は具体的に記入してください。 (歳頃 そのときの症状と対応)									
	現在投薬中、治療中又は医療的ケアを受けているときは記入してください。										
			定 期 に 服 用 し て い る 薬 の 名 称								
			治 療 等 の 内 容								
		開 始 年 月 日									
		医師・医療機関名		電話 ()							

過去に手術又は交通事故等の経験がありますか。 (1) ある (2) ない
ある場合は具体的に記入してください。
[]

3 発達について

言 語	(1) 普通に話せる。 (2) どうにか話をする。 (3) 単語程度で意思を伝えることができる。 (4) 片言や身振りで話せる。 (5) 話せないが相手の言うことはわかる。 (6) 話さないし、相手の言うこともわからない。 (7) 目を合わせない。
遊 び	(1) 誰とでも遊ぶ。 (2) 遊ぶが取り残されがち (3) 親（兄弟）としか遊ばない。 (4) いつも一人で遊んでいる。 (5) 落ち着きがなく、たえず動きまわる。 (6) 同じことの繰り返しをする。 (7) 激しい運動はできない。
排 泄	(1) すべて自分でできる。 (2) 他人の助けがあればできる。 (3) 自分でできないが知らせる。 (4) おむつが必要
食 事	(1) 箸で食べられる。 (2) スプーンなら食べられる。 (3) 手づかみなら食べられる。 (4) 自分では食べられない。
着 脱 衣	(1) すべて自分でできる。 (2) 簡単なものは自分でできる。 (3) すべて他人にやってもらう。

4 特別な癖がありますか。

(1) ある (2) ない
ある場合は具体的に記入してください。
[]

5 障害について

(1) 在籍学校・学級について（予定を含む）
ア 特別支援学校に通学している。 イ 特別支援学級に通学している。
ウ 特別支援教室に通学している。 エ 上記のいずれにも通っていない。

(2) 発達の相談について
ア 相談機関に相談している（する予定である）。
相談内容： _____
イ 相談していない。

(3) 下記の項目に該当するものがありますか。
ア 知的発達の遅れがあると思われる。 イ 肢体不自由と思われる。
ウ 視覚障害と思われる。 エ 聴覚障害と思われる。
オ 言語障害と思われる。 カ 情緒障害と思われる。
キ （臓器等に）内科的障害があると思われる。
ク 自閉的傾向があると思われる。
ケ 障害がよく分からないが気になる。 コ 特に気になることはない。
具体的に記入してください。
[]

(4) 身体障害者手帳を持っていますか。 ア 持っている。(種 級) イ 持っていない。
(5) 愛の手帳を持っていますか。 ア 持っている。(種 度) イ 持っていない。
(6) 精神障害者保健福祉手帳を持っていますか。
ア 持っている。(級) イ 持っていない。