

Reporte de la situación del niño

Fecha de llenado: Día de del 20XX

		(1) Nombre del niño	(2) Nombre del niño	(3) Nombre del niño
Al nacer	¿A las cuántas semanas de embarazo nació?	() semanas	() semanas	() semanas
	Situación al nacer	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <especifique>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <especifique>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <especifique>
	Talla y peso al nacer	Talla () cm Peso () g	Talla () cm Peso () g	Talla () cm Peso () g
Revisión pediátrica	¿Ha recibido revisión pediátrica?	<input type="checkbox"/> 4-5 meses <input type="checkbox"/> 8-10 meses <input type="checkbox"/> 1 año y 6 meses <input type="checkbox"/> 3 años y 6 meses	<input type="checkbox"/> 4-5 meses <input type="checkbox"/> 8-10 meses <input type="checkbox"/> 1 año y 6 meses <input type="checkbox"/> 3 años y 6 meses	<input type="checkbox"/> 4-5 meses <input type="checkbox"/> 8-10 meses <input type="checkbox"/> 1 año y 6 meses <input type="checkbox"/> 3 años y 6 meses
	¿Ha recibido consejos y orientaciones en la revisión pediátrica?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <Especifique>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <Especifique>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <Especifique>
Situación de la salud	¿Actualmente recibe atención ambulatoria o consulta en un hospital o instalación debido a una enfermedad crónica?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (1) Nombre de la enfermedad () (2) Nombre del hospital () (3) Atención ambulatoria (veces al año/mes/semana)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (1) Nombre de la enfermedad () (2) Nombre del hospital () (3) Atención ambulatoria (veces al año/mes/semana)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (1) Nombre de la enfermedad () (2) Nombre del hospital () (3) Atención ambulatoria (veces al año/mes/semana)
	¿Tiene medicamento que tiene que tomar permanentemente?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _ veces al día <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Mediodía <input type="checkbox"/> Tarde Tipo de medicamento ()	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _ veces al día <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Mediodía <input type="checkbox"/> Tarde Tipo de medicamento ()	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _ veces al día <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Mediodía <input type="checkbox"/> Tarde Tipo de medicamento ()
	¿Ha sufrido alguna enfermedad importante en el pasado?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (1) Nombre de la enfermedad () (2) Síntomas () (3) Nombre del hospital () (4) Período de hospitalización (-) (5) Situación actual	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (1) Nombre de la enfermedad () (2) Síntomas () (3) Nombre del hospital () (4) Período de hospitalización (-) (5) Situación actual	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (1) Nombre de la enfermedad () (2) Síntomas () (3) Nombre del hospital () (4) Período de hospitalización (-) (5) Situación actual
	¿Ha tenido convulsiones?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Convulsión febril <input type="checkbox"/> Otros Frecuencia _ veces Última vez mes año	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Convulsión febril <input type="checkbox"/> Otros Frecuencia _ veces Última vez mes año	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Convulsión febril <input type="checkbox"/> Otros Frecuencia _ veces Última vez mes año
	¿Tiene alergias?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Huevo <input type="checkbox"/> Leche <input type="checkbox"/> Trigo <input type="checkbox"/> Otros ()	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Huevo <input type="checkbox"/> Leche <input type="checkbox"/> Trigo <input type="checkbox"/> Otros ()	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Huevo <input type="checkbox"/> Leche <input type="checkbox"/> Trigo <input type="checkbox"/> Otros ()
	¿Recibe atención en el hospital?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (1) Nombre de la enfermedad () (2) Nombre del hospital () (3) Atención ambulatoria (veces al año/mes/semana)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (1) Nombre de la enfermedad () (2) Nombre del hospital () (3) Atención ambulatoria (veces al año/mes/semana)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (1) Nombre de la enfermedad () (2) Nombre del hospital () (3) Atención ambulatoria (veces al año/mes/semana)
*Si se requiere eliminar de la merienda escolar los alimentos causantes de alergias, tendrá que entregar a la instalación el Certificado de alergias después de la aprobación (Formulario de control de la vida para los alérgicos en las guarderías).				
Lenguaje y desarrollo	¿Actualmente recibe o piensa recibir atención ambulatoria o consulta sobre el lenguaje y el desarrollo en algún hospital o instalación?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nombre del hospital () Nombre de la instalación () ⇒Contenido	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nombre del hospital () Nombre de la instalación () ⇒Contenido	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nombre del hospital () Nombre de la instalación () ⇒Contenido
	Si tiene discapacidad o tiene Libreta de discapacidad	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Libreta de discapacidad: Grado <input type="checkbox"/> Libreta de salud infantil y rehabilitación	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Libreta de discapacidad: Grado <input type="checkbox"/> Libreta de salud infantil y rehabilitación	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Libreta de discapacidad: Grado <input type="checkbox"/> Libreta de salud infantil y rehabilitación
Otros	¿Tiene alguna inquietud sobre la salud o el desarrollo al ingresar?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <Especifique>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <Especifique>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <Especifique>

*En la entrevista para la aprobación, es probable que preguntemos más detalles.

児童の状況

記入日：令和 年 月 日

		①児童氏名	②児童氏名	③児童氏名
出生時	妊娠何週で生まれましたか？	() 週	() 週	() 週
	生まれた時の状況	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり<具体的に>	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり<具体的に>	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり<具体的に>
	生まれた時の身長・体重	身長()cm 体重()g	身長()cm 体重()g	身長()cm 体重()g
健康診査	乳幼児健康診査を受診していますか？	<input type="checkbox"/> 4~5か月 <input type="checkbox"/> 8~10か月 <input type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 3歳6か月	<input type="checkbox"/> 4~5か月 <input type="checkbox"/> 8~10か月 <input type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 3歳6か月	<input type="checkbox"/> 4~5か月 <input type="checkbox"/> 8~10か月 <input type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 3歳6か月
	健康診査時に助言や指導を受けましたか？	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> <具体的に>	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> <具体的に>	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> <具体的に>
健康状況	慢性的な病気等で、現在病院や施設等に通院又は相談をしていますか？	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ①病名() ②病院名() ③通院(年.月.週 回数)	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ①病名() ②病院名() ③通院(年.月.週 回数)	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ①病名() ②病院名() ③通院(年.月.週 回数)
	常時服用している薬はありますか？	ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 1日 回 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 薬の種類 ()	ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 1日 回 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 薬の種類 ()	ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 1日 回 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 薬の種類 ()
	過去に大きな病気にかかったことがありますか？	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ①病名() ②症状() ③病院名() ④入院期間(~) ⑤現在の状況	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ①病名() ②症状() ③病院名() ④入院期間(~) ⑤現在の状況	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ①病名() ②症状() ③病院名() ④入院期間(~) ⑤現在の状況
	ひきつけを起こしたことがありますか？	ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> その他 回数 回位 最終 年 月	ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> その他 回数 回位 最終 年 月	ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> その他 回数 回位 最終 年 月
	アレルギーはありますか？	ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他 ()	ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他 ()	ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他 ()
	病院を受診していますか？	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ①病名() ②病院名() ③通院(年.月.週 回数)	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ①病名() ②病院名() ③通院(年.月.週 回数)	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ①病名() ②病院名() ③通院(年.月.週 回数)
※ アレルギー原因食品を給食から除く必要がある場合、内定後にアレルギーに関する証明書(保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表等)を施設へ提出していただきます。				
言葉・発達	言葉や発達について、現在通所・相談している、もしくは相談を考えている病院や施設等がありますか？	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 病院名() 施設名() ⇒内容	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 病院名() 施設名() ⇒内容	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 病院名() 施設名() ⇒内容
	障がいの有無・手帳の交付	ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳	ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳	ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳
その他	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> <具体的に>	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> <具体的に>	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> <具体的に>	

※内定面接時に、更に聞き取りをする場合があります。