

ラオス語

ສະພາບຂອງເດັກ

ມື້ທີ່ຂຽນໃສ່: ລະອິວະ ປີ ເດືອນ ວັນທີ

	①ຊື່ແລະນາມສະກຸນຂອງເດັກ	②ຊື່ແລະນາມສະກຸນຂອງເດັກ	③ຊື່ແລະນາມສະກຸນຂອງເດັກ
ໄດ້ເກີດໃນການຖືພາຈັກອາທິດ?	( ) ອາທິດ	( ) ອາທິດ	( ) ອາທິດ
ສະພາບໃນເວລາເກີດ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ມີຜິດປົກກະຕິ <input type="checkbox"/> ຜິດປົກກະຕິ <ກະລຸນາຂຽນຢ່າງລະອຽດ>	<input type="checkbox"/> ບໍ່ມີຜິດປົກກະຕິ <input type="checkbox"/> ຜິດປົກກະຕິ <ກະລຸນາຂຽນຢ່າງລະອຽດ>	<input type="checkbox"/> ບໍ່ມີຜິດປົກກະຕິ <input type="checkbox"/> ຜິດປົກກະຕິ <ກະລຸນາຂຽນຢ່າງລະອຽດ>
ລວງສູງແລະນ້ຳໜັກໃນເວລາເກີດ	ລວງສູງ ( ) cm ນ້ຳໜັກ ( ) g	ລວງສູງ ( ) cm ນ້ຳໜັກ ( ) g	ລວງສູງ ( ) cm ນ້ຳໜັກ ( ) g
ໄດ້ຮັບການກວດສຸກຂະພາບເດັກອ່ອນບໍ່?	<input type="checkbox"/> 4~5 ເດືອນ <input type="checkbox"/> 8~10 ເດືອນ <input type="checkbox"/> 1 ປີ 6 ເດືອນ <input type="checkbox"/> 3 ປີ 6 ເດືອນ	<input type="checkbox"/> 4~5 ເດືອນ <input type="checkbox"/> 8~10 ເດືອນ <input type="checkbox"/> 1 ປີ 6 ເດືອນ <input type="checkbox"/> 3 ປີ 6 ເດືອນ	<input type="checkbox"/> 4~5 ເດືອນ <input type="checkbox"/> 8~10 ເດືອນ <input type="checkbox"/> 1 ປີ 6 ເດືອນ <input type="checkbox"/> 3 ປີ 6 ເດືອນ
ໃນເວລາໄດ້ຮັບການກວດສຸກຂະພາບເດັກອ່ອນ, ໄດ້ຮັບຄຳແນະນຳບໍ່?	ເຈົ້າ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/> <ກະລຸນາຂຽນຢ່າງລະອຽດ>	ເຈົ້າ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/> <ກະລຸນາຂຽນຢ່າງລະອຽດ>	ເຈົ້າ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/> <ກະລຸນາຂຽນຢ່າງລະອຽດ>
ເນື່ອງຈາກວ່າມີພະຍາດຊຳເຮື້ອ, ປະຈຸບັນໄປໂຮງໝໍແລະສະຖານທີ່ທາງການແພດເປັນໄລຍະເພື່ອປິ່ນປົວແລະຂໍຄຳປຶກສາຫຼືບໍ່?	ເຈົ້າ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/> ①ຊື່ພະຍາດ ( ) ②ຊື່ໂຮງໝໍ ( ) ③ໄປໂຮງໝໍ (ປີ, ເດືອນ, ອາທິດ ປະມານ ເທື່ອ)	ເຈົ້າ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/> ①ຊື່ພະຍາດ ( ) ②ຊື່ໂຮງໝໍ ( ) ③ໄປໂຮງໝໍ (ປີ, ເດືອນ, ອາທິດ ປະມານ ເທື່ອ)	ເຈົ້າ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/> ①ຊື່ພະຍາດ ( ) ②ຊື່ໂຮງໝໍ ( ) ③ໄປໂຮງໝໍ (ປີ, ເດືອນ, ອາທິດ ປະມານ ເທື່ອ)
ມີຢາກິນປະຈຳບໍ່?	ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> 1 ມື້ __ ເທື່ອ <input type="checkbox"/> ເຊົ້າ <input type="checkbox"/> ສວາຍ <input type="checkbox"/> ແລງ ປະເພດຂອງຢາ ( )	ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> 1 ມື້ __ ເທື່ອ <input type="checkbox"/> ເຊົ້າ <input type="checkbox"/> ສວາຍ <input type="checkbox"/> ແລງ ປະເພດຂອງຢາ ( )	ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> 1 ມື້ __ ເທື່ອ <input type="checkbox"/> ເຊົ້າ <input type="checkbox"/> ສວາຍ <input type="checkbox"/> ແລງ ປະເພດຂອງຢາ ( )
ທີ່ຜ່ານມາ, ເຄີຍເປັນພະຍາດອາການໜັກບໍ່?	ເຈົ້າ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/> ①ຊື່ພະຍາດ ( ) ②ອາການ ( ) ③ຊື່ໂຮງໝໍ ( ) ④ໄລຍະເວລາເຂົ້າອນໂຮງໝໍ ( ~ ) ⑤ສະພາບປະຈຸບັນ	ເຈົ້າ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/> ①ຊື່ພະຍາດ ( ) ②ອາການ ( ) ③ຊື່ໂຮງໝໍ ( ) ④ໄລຍະເວລາເຂົ້າອນໂຮງໝໍ ( ~ ) ⑤ສະພາບປະຈຸບັນ	ເຈົ້າ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/> ①ຊື່ພະຍາດ ( ) ②ອາການ ( ) ③ຊື່ໂຮງໝໍ ( ) ④ໄລຍະເວລາເຂົ້າອນໂຮງໝໍ ( ~ ) ⑤ສະພາບປະຈຸບັນ
ເຄີຍເກີດອາການຊັກບໍ່?	ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ຊັກເປັນໄຂ້ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ ຈຳນວນຄັ້ງ __ ປະມານ ຄັ້ງ ສຸດທ້າຍ ປີ ເດືອນ	ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ຊັກເປັນໄຂ້ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ ຈຳນວນຄັ້ງ __ ປະມານ ຄັ້ງ ສຸດທ້າຍ ປີ ເດືອນ	ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ຊັກເປັນໄຂ້ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ ຈຳນວນຄັ້ງ __ ປະມານ ຄັ້ງ ສຸດທ້າຍ ປີ ເດືອນ
ທ່ານມີອາການແພ້ບໍ່?	ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ໄຂ້ <input type="checkbox"/> ນິມຽວ <input type="checkbox"/> ເຂົ້າສາລີ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ ( )	ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ໄຂ້ <input type="checkbox"/> ນິມຽວ <input type="checkbox"/> ເຂົ້າສາລີ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ ( )	ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ໄຂ້ <input type="checkbox"/> ນິມຽວ <input type="checkbox"/> ເຂົ້າສາລີ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ ( )
ທ່ານກວດຢູ່ໂຮງໝໍເປັນໄລຍະບໍ່?	ເຈົ້າ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/> ①ຊື່ພະຍາດ ( ) ②ຊື່ໂຮງໝໍ ( ) ③ໄປໂຮງໝໍ (ປີ, ເດືອນ, ອາທິດ ປະມານ ເທື່ອ)	ເຈົ້າ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/> ①ຊື່ພະຍາດ ( ) ②ຊື່ໂຮງໝໍ ( ) ③ໄປໂຮງໝໍ (ປີ, ເດືອນ, ອາທິດ ປະມານ ເທື່ອ)	ເຈົ້າ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/> ①ຊື່ພະຍາດ ( ) ②ຊື່ໂຮງໝໍ ( ) ③ໄປໂຮງໝໍ (ປີ, ເດືອນ, ອາທິດ ປະມານ ເທື່ອ)
※ ໃນກໍລະນີມີຄວາມຈຳເປັນການເອົາອາຫານສາເຫດການແພ້ອອກຈາກອາຫານທີ່ລ້ຽງເດັກ, ຫຼືຈາກທ່ານໄດ້ຮັບຂໍ້ເຫັນດີທີ່ບໍ່ເປັນທາງການ, ສິ່ງໃບຢັ້ງຢືນກ່ຽວກັບການແພ້ (ຕາຕະລາງແນະນາການຈັດການວິຖີຊີວິດຂອງພະຍາດພູມແພ້ຢູ່ສະຖານທີ່ລ້ຽງເດັກ ແລະອື່ນໆ) ໃຫ້ແກ່ສະຖານທີ່ລ້ຽງເດັກ.			
ມີໂຮງໝໍແລະສະຖານທີ່ປິ່ນປົວພະຍາດທີ່ໄປເປັນໄລຍະເພື່ອປິ່ນປົວແລະປຶກສາຫາລື, ຫຼືວ່າມາຮຽນແລະສະຖານທີ່ປິ່ນປົວພະຍາດທີ່ທ່ານຢາກຈະໄປປຶກສາຫຼືບໍ່?	ເຈົ້າ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> ຊື່ໂຮງໝໍ( ) ຊື່ສະຖານທີ່( ) ⇒ ເນື້ອໃນ	ເຈົ້າ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> ຊື່ໂຮງໝໍ( ) ຊື່ສະຖານທີ່( ) ⇒ ເນື້ອໃນ	ເຈົ້າ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> ຊື່ໂຮງໝໍ( ) ຊື່ສະຖານທີ່( ) ⇒ ເນື້ອໃນ
ມີຄວາມພິການຫຼືບໍ່? • ການອອກໃບຢັ້ງຢືນຄວາມພິການ	ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ໃບຢັ້ງຢືນຄວາມພິການ ຊັ້ນ <input type="checkbox"/> ປຶ້ມບັນທຶກການພື້ນຟູ	ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ໃບຢັ້ງຢືນຄວາມພິການ ຊັ້ນ <input type="checkbox"/> ປຶ້ມບັນທຶກການພື້ນຟູ	ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ໃບຢັ້ງຢືນຄວາມພິການ ຊັ້ນ <input type="checkbox"/> ປຶ້ມບັນທຶກການພື້ນຟູ
ໃນການເຂົ້າສະຖານທີ່ລ້ຽງເດັກ, ມີເລື່ອງທີ່ເປັນຫ່ວງກ່ຽວກັບສຸກຂະພາບແລະການພັດທະນາການບໍ່?	ເຈົ້າ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> <ກະລຸນາຂຽນຢ່າງລະອຽດ>	ເຈົ້າ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> <ກະລຸນາຂຽນຢ່າງລະອຽດ>	ເຈົ້າ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> <ກະລຸນາຂຽນຢ່າງລະອຽດ>

※ ໃນເວລາສຳພາດສຳລັບຄົນທີ່ໄດ້ຮັບຂໍ້ຕົກລົງບໍ່ເປັນທາງການ, ອາດຈະມີການຖາມຟັງເຕີມອີກ.

# 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。