

Situação da Criança

Data de preenchimento: Ano Mês Dia

		(1) Nome da criança	(2) Nome da criança	(3) Nome da criança
Parto	Com quantas semanas nasceu?	() semanas	() semanas	() semanas
	Situação pós-parto	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Parto anormal <especificar>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Parto anormal <especificar>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Parto anormal <especificar>
	Peso e altura pós-parto	Altura () cm Peso () g	Altura () cm Peso () g	Altura () cm Peso () g
Exame de saúde	Realiza o exame de saúde periodicamente?	<input type="checkbox"/> 4-5 mês <input type="checkbox"/> 8-10 mês <input type="checkbox"/> 1 ano e meio <input type="checkbox"/> 3 anos e meio	<input type="checkbox"/> 4-5 mês <input type="checkbox"/> 8-10 mês <input type="checkbox"/> 1 ano e meio <input type="checkbox"/> 3 anos e meio	<input type="checkbox"/> 4-5 mês <input type="checkbox"/> 8-10 mês <input type="checkbox"/> 1 ano e meio <input type="checkbox"/> 3 anos e meio
	Recebeu algum conselho ou orientação no exame de saúde?	Sim Não <especificar>	Sim Não <especificar>	Sim Não <especificar>
Situação da Saúde	Atualmente está frequentando ou procurando algum hospital/instituição devido a alguma doença crônica?	Sim Não (1) Nome da doença () (2) Nome do hospital () (3) Frequência (aproximadamente vezes por Ano/Mês/Semana)	Sim Não (1) Nome da doença () (2) Nome do hospital () (3) Frequência (aproximadamente vezes por Ano/Mês/Semana)	Sim Não (1) Nome da doença () (2) Nome do hospital () (3) Frequência (aproximadamente vezes por Ano/Mês/Semana)
	Há algum medicamento que esteja tomando regularmente?	Sim Não __ vezes por dia <input type="checkbox"/> manhã <input type="checkbox"/> horário do almoço <input type="checkbox"/> noite Tipo de remédio ()	Sim Não __ vezes por dia <input type="checkbox"/> manhã <input type="checkbox"/> horário do almoço <input type="checkbox"/> noite Tipo de remédio ()	Sim Não __ vezes por dia <input type="checkbox"/> manhã <input type="checkbox"/> horário do almoço <input type="checkbox"/> noite Tipo de remédio ()
	Já teve doenças graves no passado?	Sim Não (1) Nome da doença () (2) Nome do sintoma () (3) Nome do hospital () (4) Período de internação () (5) Situação atual	Sim Não (1)Nome da doença () (2)Nome do sintoma () (3)Nome do hospital () (4)Período de internação () (5)Situação atual	Sim Não (1)Nome da doença () (2)Nome do sintoma () (3)Nome do hospital () (4)Período de internação () (5)Situação atual
	Já teve convulsões?	Sim Não <input type="checkbox"/> Convulsão febril <input type="checkbox"/> Outros No. de vezes: aprox. __ vezes Última vez: Ano Mês	Sim Não <input type="checkbox"/> Convulsão febril <input type="checkbox"/> Outros No. de vezes: aprox. __ vezes Última vez: Ano Mês	Sim Não <input type="checkbox"/> Convulsão febril <input type="checkbox"/> Outros No. de vezes: aprox. __ vezes Última vez: Ano Mês
	É alérgico (a)?	Sim Não <input type="checkbox"/> ovo <input type="checkbox"/> leite <input type="checkbox"/> trigo <input type="checkbox"/> outros ()	Sim Não <input type="checkbox"/> ovo <input type="checkbox"/> leite <input type="checkbox"/> trigo <input type="checkbox"/> outros ()	Sim Não <input type="checkbox"/> ovo <input type="checkbox"/> leite <input type="checkbox"/> trigo <input type="checkbox"/> outros ()
	Realiza visita periódica a hospitais?	Sim Não (1) Nome da doença () (2) Nome do hospital () (3) Frequência (aproximadamente vezes por Ano/Mês/Semana)	Sim Não (1) Nome da doença () (2) Nome do hospital () (3) Frequência (aproximadamente vezes por Ano/Mês/Semana)	Sim Não (1) Nome da doença () (2) Nome do hospital () (3) Frequência (aproximadamente vezes por Ano/Mês/Semana)
*Se houver necessidade de excluir alimentos da merenda escolar, que causem alergia à criança, deverá ser entregue o certificado referente à alergia (como uma folha de orientação para controle do estilo de vida de doenças alérgicas em creches, etc.) após a admissão provisória (ainda não oficial).				
Fala e desenvolvimento	Atualmente seu (sua) filho (a) frequenta/consulta algum hospital/instituição ou está pensando em consultar, relacionado a questões da fala e/ou desenvolvimento?	Sim Não Nome da doença () Nome da instituição () ⇒Conteúdo	Sim Não Nome da doença () Nome da instituição () ⇒Conteúdo	Sim Não Nome da doença () Nome da instituição () ⇒Conteúdo
	Há ou não emissão de carteira de deficiência?	Sim Não <input type="checkbox"/> Carteira de deficiência: Grau <input type="checkbox"/> Carteira de deficiência intelectual	Sim Não <input type="checkbox"/> Carteira de deficiência: Grau <input type="checkbox"/> Carteira de deficiência intelectual	Sim Não <input type="checkbox"/> Carteira de deficiência: Grau <input type="checkbox"/> Carteira de deficiência intelectual
Outros	Possui alguma preocupação sobre a saúde ou desenvolvimento de seu (sua) filho (a) ao entrar na instituição?	Sim Não <especificar>	Sim Não <especificar>	Sim Não <especificar>

*Outras perguntas podem ser feitas durante a entrevista para admissão provisória (não oficial).

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。