

Tình trạng của trẻ

Ngày điền đơn: Ngày tháng năm

		(1) Họ và tên trẻ	(2) Họ và tên trẻ	(3) Họ và tên trẻ
Sơ sinh	Mang thai bao nhiêu tuần thì sinh?	( ) tuần	( ) tuần	( ) tuần
	Tình trạng khi ra đời	<input type="checkbox"/> Không có gì bất thường <input type="checkbox"/> Có bất thường <Chi tiết>	<input type="checkbox"/> Không có gì bất thường <input type="checkbox"/> Có bất thường <Chi tiết>	<input type="checkbox"/> Không có gì bất thường <input type="checkbox"/> Có bất thường <Chi tiết>
	Chiều cao và cân nặng khi ra đời	Chiều cao ( ) cm Cân nặng ( ) g	Chiều cao ( ) cm Cân nặng ( ) g	Chiều cao ( ) cm Cân nặng ( ) g
Khám sức khỏe	Bé sơ sinh có được kiểm tra sức khỏe không?	<input type="checkbox"/> 4~5 tháng <input type="checkbox"/> 8~10 tháng <input type="checkbox"/> 1 tuổi 6 tháng <input type="checkbox"/> 3 tuổi 6 tháng	<input type="checkbox"/> 4~5 tháng <input type="checkbox"/> 8~10 tháng <input type="checkbox"/> 1 tuổi 6 tháng <input type="checkbox"/> 3 tuổi 6 tháng	<input type="checkbox"/> 4~5 tháng <input type="checkbox"/> 8~10 tháng <input type="checkbox"/> 1 tuổi 6 tháng <input type="checkbox"/> 3 tuổi 6 tháng
	Khi kiểm tra sức khỏe có nhận được lời khuyên hoặc hướng dẫn nào không?	Có                      Không <Chi tiết>	Có                      Không <Chi tiết>	Có                      Không <Chi tiết>
Tình trạng sức khỏe	Hiện có đến bệnh viện hoặc cơ sở nào để tư vấn về bệnh mãn tính không?	Có                      Không (1) Tên bệnh ( ) (2) Tên bệnh viện ( ) (3) Tần suất đến viện (Khoảng lần/tuần/tháng/năm)	Có                      Không (1) Tên bệnh ( ) (2) Tên bệnh viện ( ) (3) Tần suất đến viện (Khoảng lần/tuần/tháng/năm)	Có                      Không (1) Tên bệnh ( ) (2) Tên bệnh viện ( ) (3) Tần suất đến viện (Khoảng lần/tuần/tháng/năm)
	Có loại thuốc nào đang phải dùng thường xuyên không?	Có                      Không __ lần/1 ngày <input type="checkbox"/> Sáng <input type="checkbox"/> Chiều <input type="checkbox"/> Tối Loại thuốc ( )	Có                      Không __ lần/1 ngày <input type="checkbox"/> Sáng <input type="checkbox"/> Chiều <input type="checkbox"/> Tối Loại thuốc ( )	Có                      Không __ lần/1 ngày <input type="checkbox"/> Sáng <input type="checkbox"/> Chiều <input type="checkbox"/> Tối Loại thuốc ( )
	Có từng mắc bệnh nào nghiêm trọng trong quá khứ không?	Có                      Không (1) Tên bệnh ( ) (2) Triệu chứng ( ) (3) Tên bệnh viện ( ) (4) Thời gian nhập viện ( ) (5) Tình trạng hiện tại	Có                      Không (1) Tên bệnh ( ) (2) Triệu chứng ( ) (3) Tên bệnh viện ( ) (4) Thời gian nhập viện ( ) (5) Tình trạng hiện tại	Có                      Không (1) Tên bệnh ( ) (2) Triệu chứng ( ) (3) Tên bệnh viện ( ) (4) Thời gian nhập viện ( ) (5) Tình trạng hiện tại
	Có từng bị co giật không?	Có                      Không <input type="checkbox"/> Co giật do sốt <input type="checkbox"/> Khác Số lần __ độ lệch Lần cuối cùng tháng năm	Có                      Không <input type="checkbox"/> Co giật do sốt <input type="checkbox"/> Khác Số lần __ độ lệch Lần cuối cùng tháng năm	Có                      Không <input type="checkbox"/> Co giật do sốt <input type="checkbox"/> Khác Số lần __ độ lệch Lần cuối cùng tháng năm
	Có bị dị ứng không?	Có                      Không <input type="checkbox"/> Trứng <input type="checkbox"/> Sữa bò <input type="checkbox"/> Lúa mì <input type="checkbox"/> Khác ( )	Có                      Không <input type="checkbox"/> Trứng <input type="checkbox"/> Sữa bò <input type="checkbox"/> Lúa mì <input type="checkbox"/> Khác ( )	Có                      Không <input type="checkbox"/> Trứng <input type="checkbox"/> Sữa bò <input type="checkbox"/> Lúa mì <input type="checkbox"/> Khác ( )
	Có đang khám sức khỏe tại bệnh viện không?	Có                      Không (1) Tên bệnh ( ) (2) Tên bệnh viện ( ) (3) Tần suất đến viện (Khoảng lần/tuần/tháng/năm)	Có                      Không (1) Tên bệnh ( ) (2) Tên bệnh viện ( ) (3) Tần suất đến viện (Khoảng lần/tuần/tháng/năm)	Có                      Không (1) Tên bệnh ( ) (2) Tên bệnh viện ( ) (3) Tần suất đến viện (Khoảng lần/tuần/tháng/năm)
<b>*Nếu cần loại trừ thực phẩm gây dị ứng khỏi bữa trưa được cấp ở trường, bạn sẽ được yêu cầu nộp giấy chứng nhận dị ứng (chẳng hạn bảng quản lý sinh hoạt của bệnh nhân dị ứng tại trường mẫu giáo) cho trường sau khi được nhận gửi vào trường.</b>				
Ngôn ngữ/phát triển	Bạn có đang đến bệnh viện hoặc phòng khám nào để tư vấn hoặc cân nhắc tư vấn về ngôn ngữ và phát triển không?	Có                      Không Tên bệnh viện ( ) Tên cơ sở ( ) ⇒ Nội dung	Có                      Không Tên bệnh viện ( ) Tên cơ sở ( ) ⇒ Nội dung	Có                      Không Tên bệnh viện ( ) Tên cơ sở ( ) ⇒ Nội dung
	Có bị khuyết tật không? Được cấp sổ không?	Có                      Không <input type="checkbox"/> Sổ tay người khuyết tật    mức <input type="checkbox"/> Sổ tay y tế và giáo dục	Có                      Không <input type="checkbox"/> Sổ tay người khuyết tật    mức <input type="checkbox"/> Sổ tay y tế và giáo dục	Có                      Không <input type="checkbox"/> Sổ tay người khuyết tật    mức <input type="checkbox"/> Sổ tay y tế và giáo dục
Khác	Bạn có lo lắng nào về sức khỏe và phát triển khi vào trường không?	Có                      Không <Chi tiết>	Có                      Không <Chi tiết>	Có                      Không <Chi tiết>

\*Tại thời điểm phỏng vấn nhận gửi trẻ vào trường chúng tôi có thể phỏng vấn bổ sung.

# 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。