（様式第３号）

アセスメントシート（基本情報）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ子ども氏名 |  | 性別 | 男　・　女 |
|  |
| 生年月日 | 平成・令和　　　年　　　月　　　日 | 年齢 | 　　歳　　か月 |
| 所属先 |  | 保育園・幼稚園・こども園・小学校中学校・その他（　　　　　　　　） |
| 【問診票】 |
| ●　かかりつけの病院について　病院名（　　　　　　　　　　　　　　　　）TEL: |
| ●　予防接種について（接種済みのものに○をつけてください）　Hib・小児用肺炎球菌・B型肝炎・ロタ・BCG・ポリオ・三種混合・四種混合・麻疹・風疹水痘症・日本脳炎・おたふく・インフルエンザ（　　年　　月）その他（　　　　　　　） |
| ●　既往歴について（かかったことのあるものに○をつけてください）　麻疹・風疹・百日咳・水疱瘡・耳下腺炎（おたふく）・肺炎・気管支炎・小児喘息・熱性痙攣・アトピー性皮膚炎・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ●　ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか？　いいえ　・　はい　→　　　歳　　　か月の頃 |
| ●　生まれてから今まで特別な病気にかかったことはありますか？　いいえ　・　はい　→　先天性異常・心臓・腎臓・脳神経・免疫不全症・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ●　これまでに入院歴はありますか？　いいえ　・　はい　→　時期（　　　　　　　）病名（　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　時期（　　　　　　　）病名（　　　　　　　　　　　　　　） |
| ●　本人や家族の中にアレルギー体質の方はいますか？　いいえ　・　はい　→　本人　・　家族（続柄：　　　　　　） |
| 　↳　「はい」の場合：アトピー・喘息・アレルギー・（　　　　　）・その他（　　　　　 ） |
| ●　食物アレルギーはありますか？　いいえ　・　はい　→　食品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　症　状（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　※未摂取の食品：　無・有　→　牛乳・卵・大豆・小麦・甲殻類・青魚・果物・蕎麦・　　　　　　　　　　　　　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 　↳　「はい」の場合：除去の必要　無・有 |
| ●　注射や薬品のアレルギーはありますか？　いいえ　・　はい　→　薬品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　症　状（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ●　２歳未満の方は記入してください。　分娩の方法：普通・以上→吸引分娩・鉗子分娩・帝王切開・その他（　　　　　　　　）　出生時の状況：体重　　　　kg、身長　　　　cm、頭囲　　　　cm、胸囲　　　　cm　出生後の状況：首のすわり　 か月、お座り　 か月、はいはい　 か月、歩行開始　 か月 |

※子ども１人につき１枚