

**病児保育室オープンセサミの利用登録に当たり、
もう少し詳しくお聞かせください。**

記入者 _____，令和 年 月 日記入

児童氏名		カルテ番号	
生育歴	妊娠中の異常： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 出生体重：_____g 在胎週数：_____週_____日 生まれつきの病気： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り（病名 _____） 健診歴： <input type="checkbox"/> 乳児健診で異常を指摘されたことはない <input type="checkbox"/> 健診で異常（発達，体重，身長，その他 _____） <input type="checkbox"/> 健診を受けたことはない 栄養： <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> ミルク 離乳食開始時期：_____ヵ月		
既往歴	これまでかかった大きな病気：_____ これまでにかかった感染症： <input type="checkbox"/> 突発性発疹症， <input type="checkbox"/> 麻疹， <input type="checkbox"/> 水痘（みずぼうそう） <input type="checkbox"/> 風しん， <input type="checkbox"/> 百日咳， <input type="checkbox"/> おたふくかぜ 持病の有無： <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎， <input type="checkbox"/> 気管支喘息， <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎， <input type="checkbox"/> 慢性肝炎（ _____ 型）， <input type="checkbox"/> 糖尿病（ _____ 型） <input type="checkbox"/> 熱性けいれん， <input type="checkbox"/> てんかん， <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		
現在の食事	乳児	ミルク： <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> ミルク 1回量_____cc×_____回/日 離乳食： <input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 1日_____回	
	幼児	食べ方： <input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 自分で食べようとするが不十分 <input type="checkbox"/> 自分で食べられる <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> スプーン・フォークを使う <input type="checkbox"/> はしを使う 食事時間： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 時間がかかる <input type="checkbox"/> 不規則 食事の量： <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> むらがある 嫌いなもの：_____	
排泄	おむつ： <input type="checkbox"/> 一日中 <input type="checkbox"/> 寝るときだけ <input type="checkbox"/> トレーニング中 小便： <input type="checkbox"/> 手伝ってもらう <input type="checkbox"/> ひとりでする 1日_____回 大便： <input type="checkbox"/> 手伝ってもらう <input type="checkbox"/> ひとりでする 1日_____回 したい時： <input type="checkbox"/> 動作で知らせる <input type="checkbox"/> 言葉で知らせる <input type="checkbox"/> 知らせない		
午睡	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 時々する		
好きな寝方	<input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> ひとり寝 <input type="checkbox"/> 抱っこ <input type="checkbox"/> 仰向け <input type="checkbox"/> うつぶせ <input type="checkbox"/> 横向き <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		
性格・くせ			
その他			