

バンビーホーム児童状況調(表面)

児童	フリガナ		学校名	
	氏名		学年	年 組

1 健康状態等

1	かかりつけの病院	小児・内科 電話 外科 電話	血液型	
2	今までにかかった病気・事故	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※チェックとともに病名を記入してください。 <input type="checkbox"/> 眼の病気() <input type="checkbox"/> 耳の病気() <input type="checkbox"/> 心臓病() <input type="checkbox"/> 腎臓病() <input type="checkbox"/> 肝炎() <input type="checkbox"/> 川崎病() <input type="checkbox"/> 結核() <input type="checkbox"/> ひきつけ() <input type="checkbox"/> アトピー() <input type="checkbox"/> 骨折() <input type="checkbox"/> 脱臼() <input type="checkbox"/> その他()		
3	平常時の体温	度 分		
4	子どもの状況	食事を自力で行うことはできますか。(はい ・ いいえ) 排便を自力で行うことはできますか。(はい ・ いいえ) 着脱衣を自力で行うことはできますか。(はい ・ いいえ) 身辺整理を自力で行うことはできますか。(はい ・ いいえ) 介助を求めることなく、集団生活を送ることはできますか。(はい ・ いいえ) いいえの方 ⇒ 特別支援学級に在籍(予定)ですか。(はい ・ いいえ) 下記の手帳をお持ちですか。 身体障害者手帳 なし ・ あり (障がい名) (等級) 療育手帳 なし ・ あり (等級) 精神障害者保健福祉手帳 なし ・ あり (等級) お子様の状況によっては、入所前に面接等をさせていただきます。後日新1年生の方は保育所等でお子様の様子を見学させていただくことがあります。お手数ですが、手帳をお持ちの方は手帳の写しの添付をお願いします。		
5	健康状態等で心配なこと	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (具体的に) <input type="checkbox"/> 言葉や発達のことで、相談をしたり指導を受けたりしたことがある 【場所: 】で【 】について		
6	現在行っている治療・通院・通所状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (歳 ヶ月のときから) () (医療機関又は通所施設名) (現在の状況 <input type="checkbox"/> 治療・通院・通所を続けている <input type="checkbox"/> 続けていない) (通院・通所は、年 回、月 回、週 回、不定期)		
7	服用中の薬について	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (1日 回、朝・昼・晩) ⇒ (薬名) ※バンビーホームへの投薬依頼 ⇒ <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要		
8	食物アレルギー	症状 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> まだ不明 <input type="checkbox"/> あり 【 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他()】 アナフィラキシーショック※の発症歴 ※血圧低下や呼吸困難など複数の重いアレルギー症状が発症すること。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり・原因物質() コンタミネーション※への配慮の必要性 ※原材料としては含まれないが、食品生産時に微量のアレルギー物質が混入すること。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり バンビーホームでの生活で接触を避けるべき食材 (例) 牛乳パック、小麦粉粘土等 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> まだ不明 <input type="checkbox"/> あり 【 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他()】 処方薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 【薬名 <input type="checkbox"/> エピペン <input type="checkbox"/> その他()】		
9	けいれん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病名 : 歳 ヶ月のとき) 【治療を <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている】		
10	(その他、健康・生活面で気になること又は保育上特に注意する点がありましたら、ご記入ください)			

※ 裏面もご記入ください。