アセスメントシート

記入日　　令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ子ども氏名 |  |
|  |
| 【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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| * 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 |
| ●　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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ●　現在の状態：身長　　　　　cm　　体重　　　　　kg　　平熱　　　　　度 |
| ●　現在、体に具合の悪いところはありますか？　いいえ　・　はい　→　症状・病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ●　最近１か月以内に病気にかかりましたか？　いいえ　・　はい　→　病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ●　最近１か月以内に家族や子どもの友人等で感染症にかかった人はいましたか？　いいえ　・　はい　→　病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ●　障がい手帳を持っている方又は発達の診断がある方は記載してください。　手帳の種類・級（　　　　　　　　・　　　）・診断名（　　　　　　　　　　　　　） |
| ●　現在、服薬中の薬はありますか？　いいえ　・　はい　→　下記に薬の種類、服薬方法等を記載してください。 |
| 飲み薬① | 薬の名前（　　　　　　　　　　　　　　）服薬時間　起床時 ・ 朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 就寝前　/　食前 ・ 食後 ・ 食間 |
| 飲み薬② | 薬の名前（　　　　　　　　　　　　　　）服薬時間　起床時 ・ 朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 就寝前　/　食前 ・ 食後 ・ 食間 |
| 飲み薬③ | 薬の名前（　　　　　　　　　　　　　　）服薬時間　起床時 ・ 朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 就寝前　/　食前 ・ 食後 ・ 食間 |
| その他の薬 | 点眼薬　・　塗布薬　・　貼り薬その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| 【普段の様子】 |
| 食　事 | ２歳未満 | 授乳の状況 | 母乳のみ・混合・ミルクのみ（ 特殊ミルクの使用［ なし ・ あり ］ ）１日当たりのミルクの量と回数（　　　　　 ㎖　× 　　　　　回　）メーカー名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 ） |
| 離乳食の状況 | 初期・中期・後期・完了期（ ﾌｫﾛｰｱｯﾌﾟﾐﾙｸの使用 ［ なし ・ あり ］ ）ﾌｫﾛｰｱｯﾌﾟﾐﾙｸの量（　　　　　㎖）メーカー名（　　 　　　　　　　　） |
| ２歳以上 | 食事の状況 | 食べる量（　少なめ　・　普通　・　多め　）食事方法（　食べさせる ・ 手づかみ ・ ｽﾌﾟｰﾝ、ﾌｫｰｸ使用 ・ 箸使用　）その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　） |
| 共　通 | 食物アレルギー | いいえ　・　はい　→（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 好き嫌い | いいえ　・　はい | 好きな食べ物（　　　　　　　　　　　　　 　 ）嫌いな食べ物（　　　　　　　　　　　　　 　 ） |
| 睡　眠 | 普段の睡眠時間 | 就寝　　　時　～　起床　　　時（平均睡眠時間　　　時）午睡　　なし　・　あり（　　　　時　～　　　　時） |
| 寝かしつけの方法 | 一人で・添い寝・おんぶ・抱っこ・その他（　　 　　　　　　　　　　） |
| 睡 眠 の 状 況 | 夜泣き　（　毎日ある　・　時々ある　・　ない　）寝つき　（　良い　・　悪い　）寝起き　（　良い　・　悪い　）夜　尿　（　毎日ある　・　時々ある　・　ない　）その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 排　泄 | 排 泄 の 状 況 | 自立　・　おむつ　（　昼夜ともに　・　夜のみ　）おむつ（　　 サイズ）　・　パンツ（　　 サイズ） |
| 便　の　状　態 | 硬め　・　普通　・　ゆるめ　　１日　　　回くらい |
| 普 段 の 様 子 | 大人が連れていく（　　　　時間おき ）・予告する（ 言葉 ・ 動作 ）失敗してから知らせる　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| そ　の　他 | 子どもの呼び方 |  |
| 子 ど も の 癖 |  |
| 一人で出来ること | 着替え　・　洗面　・　歯磨き　・　洗髪　・　体洗い |
| 園や学校での様子 |  |
| 家庭内での様子 |  |
| 常に身近にないと不安なもの | （例：タオル、おしゃぶりなど） |
| 泣いたときの落ち着かせ方 |  |
| 好きな遊び、おもちゃ、歌など |  |
| その他気を付けてほしいこと |  |