アセスメントシート（保護者）

|  |  |
| --- | --- |
| 記入日： 令和　　年　　月　　日 | |
| フリガナ  保護者氏名 |  |
|  |
| 【問診票】  【問診票】 | | |
| ●　食物アレルギーはありますか？  　いいえ　・　はい　→　食品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　　症　状（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　↳　「はい」の場合：除去の必要　無・有 | | |
| * 障がい手帳を持っいますか？   　いいえ　・　はい　→手帳の種類・級（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　障がい名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| ●　かかりつけの病院について  　病院名（　　　　　　　　　　　　　　　　）TEL: | | |
| ●　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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |

|  |
| --- |
| 【利用について】 |
| * 利用期間中に登園・登校はしますか。   　する　・　しない  ↳「する」の場合：　車　・　徒歩　・公共交通機関（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| * 現在、子育てで困っていることはありますか？（できるだけ具体的に記入してください） |
| * 利用中に相談したいことはありますか？ |