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？
 |