

様式第1号（第6条関係）

体験保育依頼書

年 月 日

大崎市社会福祉事務所長 様

保護者 住 所
氏 名

障害児保育の実施に当たり、体験保育を受けたいので依頼します。

健康記録票

㊞

記入日： 年 月 日

ふりがな			性 別	生年	年 月 日
児童氏名			男 ・ 女	月 日	年 月 日
診断名					
家族の様子	家族（ 人）※本人も含む。 父 母 兄 姉 弟 妹 祖父 祖母 その他（ ）				
妊娠前の様子	職業	健康状態	良	否	
	貧血はあったか	なし	あり	（いつ頃：	）
	偏食はあったか	なし	あり		
妊娠中の様子	腹部のX線照射	なし	あり	（いつ頃：	）
	注射・薬物投与	なし	あり	（いつ頃：	）
				（何を：	）
	妊娠中の病歴	なし	あり	（いつ頃：	）
				（どんな：	）
	つわりの様子	なし	あり	（食欲などを詳しく：	）
	貧血はあったか	なし	あり	（いつ頃：	）
				（どんな状態：	）
	その他：				
分娩の様子	正常	早産（ か月）	帝王切開	鉗子分娩	吸引分娩
	早期破水	陣痛時間（ 時間）	陣痛（強・普通・弱）		
	その他：				
出産時の様子	体重（ g）	身体の異常（なし・あり）			
	生まれてすぐ産声（あり一大・小／なし）				
	手は握っていたか（いた・いない・不明）				
	仮死，チアノーゼ，嘔吐，けいれん，血腫，黄疸（強・普通・弱）				
	吸入の力（強・普通・弱） 哺乳（母乳，人口，混合）				
	特別の措置	なし	あり	（保育器，血液交換，その他： ）	
	その他：				

出産後の様子	1	異常に気付いた時期	歳	か月			
	2	異常に気付いた理由と対応					
	3	原因と思われる事柄					
	4	家庭での様子					
	5	保育歴					
	6	特に異常なし					
乳児期の様子	栄養	母乳	混合乳	ミルク	牛乳	その他 ()	
	授乳の方法	寝かせたまま	抱いて	その他 ()			
	発育	○首のすわり		歳	か月		
		○おすわり		歳	か月		
		○はう		歳	か月		
		○初歯		歳	か月		
		○かたこと		歳	か月		
		○歩行		歳	か月		
		○普通に話す		歳	か月		
	離乳		歳	か月	難易		
	【方法】						
お子さんのことで特に気になること							
乳	歳	か月	受けた時の様子				
幼 児 健 診							
専 門 機 関 の 診 断 治 療 判 定 の 状 況	受診年月日	専門機関名・診断治療状況			指導上の留意事項		