年　　月　　日

アセスメントシート

保護者	住所（〒　　　ー　　　）　　　　　　　　　電話　　　ー　　　ー 氏名			
ふりがな 児童氏名　　　　　　　　　　男　・　女　　　　年　　月　　日				
通園・通学先名				
かかりつけの医療機関名	電話　　　ー　　　ー			
当該児童を除く 同居する世帯員氏名	生年月日	当該児童 との続柄	職業及び勤務先（学校名等）	
緊急連絡先	① 氏名　　　　　（続柄　　　）電話番号 ② 氏名　　　　　（続柄　　　）電話番号 ③ 氏名　　　　　（続柄　　　）電話番号			

当該児童の状況	
周産期	妊娠中の異常（ なし ・ あり ____________________________） 出生時体重 __________ g 出産は（ 予定どおり ・ _____日早かった ・ 遅かった）（在胎 _____週） 出産時の異常（ なし ・ あり ____________________________）
乳児期の発達	首のすわり： ____か月　　おすわり： ____か月　　一人歩き： ____か月 栄養法： 母乳 ・ 人工・ 混合 離乳食開始時期： 　前期： ____か月／ 中期： ____か月／ 後期： ____か月／ 幼児食： ____歳 ____か月 人見知り： ____か月　　母親の後追い： ____か月 初語（意味のあることば）： ____歳 ____か月

<table>
<tr><td rowspan="6">予防接種</td><td>ＢＣＧ： ＿＿＿＿年 ＿＿月</td><td>４種混合： １回目 ・ ２回目 ・ ３回目 ・ ４回目</td></tr>
<tr><td>日本脳炎： Ⅰ期１回 ・ Ⅰ期２回 ・ 追加 ・ Ⅱ期</td><td>水痘： １回目 ・ ２回目</td></tr>
<tr><td>ヒブ： １回目 ・ ２回目 ・ ３回目 ・ ４回目</td><td>おたふくかぜ： ＿＿＿＿年 ＿＿月</td></tr>
<tr><td>Ｂ型肝炎： １回目 ・ ２回目 ・ ３回目</td><td rowspan="2">小児用肺炎球菌：
１回目 ・ ２回目 ・ ３回目 ・ ４回目</td></tr>
<tr><td>麻しん･風しん混合： １回目 ・２回目</td></tr>
<tr><td colspan="2">その他（ ）</td></tr>
<tr><td>既往歴</td><td colspan="2">は し か： ＿＿歳 ＿＿か月 水ぼうそう： ＿＿歳 ＿＿か月
百 日 咳： ＿＿歳 ＿＿か月 おたふくかぜ： ＿＿歳 ＿＿か月
Ｂ 型 肝 炎： ＿＿歳 ＿＿か月（キャリアで ない ・ ある ）
その他の感染症（具体的に）：

熱性けいれん：初回 ＿＿歳 ＿＿か月 最後は ＿＿歳 ＿＿か月（これまでに ＿＿回）
喘息・喘息様気管支炎：毎日 薬を飲んで いる ・ いない ・ 発作時だけ
毎日 吸入療法をして いる ・ いない ・ 発作時だけ
アトピー性皮膚炎： ない・ある （ 治療は 内服薬 ・ 食事療法 ）
その他（具体的に）：

入院したこと ない ・ ある（病名 ＿＿歳 ＿＿か月）
（病名 ＿＿歳 ＿＿か月）
（病名 ＿＿歳 ＿＿か月）</td></tr>
<tr><td>常時内服している薬</td><td colspan="2">喘息、アトピー性皮膚炎、けいれん等で常時内服しているお薬があれば具体的にお書きください。（内服時間も）</td></tr>
<tr><td>食事</td><td colspan="2">食事制限の指示を主治医等から受けている場合は、具体的にお書きください。</td></tr>
<tr><td>その他</td><td colspan="2">体質(薬物アレルギー等)やくせなど心配なこと･配慮してほしいことについて具体的にお書きください。</td></tr>
</table>

注） 保護者の就労状況や児童の状況を在園している園に確認させていただく場合があります。
確認させていただいた内容は、病児・病後児保育に必要なときのみ使用し、他には使用いたしません。