**京都府立井手やまぶき支援学校　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者記入**

**事前保健調査書**

本人氏名（　　　　　　　　　　　　　　　　男　女）　　　　　　　　　　記入者氏名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

①＜生育歴＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 妊娠中の経過 | １ 特になし | ２ その他（様子　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 出産時の状況 | １　特になし | ２　その他（様子　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ４ヶ月検診 | １ 特になし | ２ その他（様子　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ８ヶ月検診 | １ 特になし | ２ その他（様子　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| １歳半検診 | １ 特になし | ２ その他（様子　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ３歳児検診 | １ 特になし | ２ その他（様子　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

②＜障害について＞

|  |
| --- |
| 障害に気がついたのは　　　　歳　　　ヶ月ころ　　　様子：  相談したり、受診されたりした機関はどこですか |
| 診断名： |
| 診断をした医師名： |

③＜今までかかられた医療機関（病院、保健所など）、診断された内容（入院、手術、その理由も含む）＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年月 | 診断名 | 病院名 | 医師名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

④＜PT、OT、STやその他の療育機関などを受けられていた/現在受けている＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 期間（いつから、現在の状況） | 機関名 | 内容 |
|  |  |  |

＊裏面もあります

⑤＜現在の健康・身体の様子について＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| てんかん・けいれん発作 | １　起こしたことがない | | ２　ある　　　最終の発作（　　　　　　年　　　　　月頃） |
| 脳波検査 | １　受けたことがない | | ２　受けた　　（一番最近　　　　　　　年　　　　　月） |
| 発作の様子 |  | | |
| 身体障害者手帳 | １　ない | ２　ある | |
| 足底板や靴型装具などの使用 | １　ない | ２　ある | |
| 健康面で注意すること | １　ない | ２　ある  内容： | |

⑥＜薬について＞※1年を通じて毎日服用する薬

|  |  |
| --- | --- |
| 〔服薬〕  １　ない  ２　以前はあった  ３　ある | ２　または３　に○をつけた場合は記入してください。  服薬の時期　（　　　　　　才　～　　　　　才　）  薬の名前または種類 |
| 〔臨時・緊急時等頓服〕  １　ない  ２　ある | ２　ある場合  薬の名前：  使用基準： |

⑦＜現在、定期的に受診や相談をされている医療機関＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 機関名 | 受診科 | 主治医 | 頻度 |
|  |  |  |  |

⑧＜アレルギーについて＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 食品 | １ ない | ２ ある　（食品名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| アトピー性皮膚炎 | １ ない | ２ ある |
| 花粉症 | １ ない | ２ ある |
| 喘息 | １ ない | ２ ある |
| その他（日光、薬剤、化学物質過敏症等）： | | |