

## 転入時アンケート （就学後のお子様については、記入の必要はありません）

ようこそ知多市へ。知多市保健センターでは、妊娠・出産・そして小学校に入学する前のお子さんと保護者の方を対象に相談・教室・健診・家庭訪問等を行っています。

就学前のお子様をお持ちの保護者の方は、以下のアンケート項目の記入にご協力いただき、『予防接種歴届出書』と同時に提出していただきますようお願いいたします。

ふりがな		男・女	住所	知多市
該当者名			保護者名	
生年月日	年 月 日	日生	電話番号	(父・母)

- 今までにかかった病気はありますか。 なし・あり 病名( )
- 治療中の病気はありますか。 なし・あり 病名( )  
病院名( )
- これまでの健診などの結果についてご記入ください。

	受診 (年.月.日)	体重 g	身長 cm	胸囲 cm	頭囲 cm	受診施設名	その他 (指導内容)
出生時	在胎 週						
1か月	済・未 (. . .)						
3～4か月	済・未 (. . .)						
6～10か月	済・未 (. . .)						
1歳6か月	済・未 (. . .)	kg					
3歳	済・未 (. . .)	kg					

- 次のことができるようになったのは、いつ頃からですか。
  - ・首のすわり ( か月)      ・ねがえり ( か月)      ・おすわり ( か月)
  - ・はいはい ( か月)      ・つかまり立ち ( か月)      ・伝い歩き ( か月)
  - ・1人歩き ( 歳 か月)      ・単語(ワンワン・バイバイ等)を言う ( 歳 か月)
- 心配なこと、相談したいことをお書きください。(発育・発達・栄養・育児の不安など)

### 6. 同居している家族についてご記入ください。

氏名	続柄	生年月日	職業	健康状態
		. . .		良・否( )
		. . .		良・否( )
		. . .		良・否( )
		. . .		良・否( )
		. . .		良・否( )

妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援のため、市町村、医療機関、在籍する保育所等相談支援関係機関が把握した情報について、必要の範囲内で相互に確認・共有することに同意します。

☆ご協力ありがとうございました。