

児童の健康状況調査票

入所を希望する児童の健康状況の把握は、保育を実施するにあたって必要な事項ですので必ずご記入ください。
 きょうだいで同時に申込みされる場合は、児童一人につき一枚ずつご提出ください。

ふりがな		生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
申込児童名					

※当てはまる口欄にチェックして、該当する場合は（ ）に漏れがないように記入してください。

1	生まれたときの体重は何グラムですか	()	g)
2 (3歳未満児)	0歳児	首がすわったのはいつですか	<input type="checkbox"/> () ヶ月頃 <input type="checkbox"/> まだ
		おすわりしたのはいつですか	<input type="checkbox"/> () ヶ月頃 <input type="checkbox"/> まだ
		はいはいしたのはいつですか	<input type="checkbox"/> () ヶ月頃 <input type="checkbox"/> まだ
		歩き始めたのはいつですか	<input type="checkbox"/> () 才 ヶ月頃 <input type="checkbox"/> まだ
		音や声のする方に向きますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	1 2歳児	言葉を1～2語、正しくまねますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> まだ
「ワンワン キタ」などの2語文が言えますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> まだ	
靴は一人で履けますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> まだ	
2 (3歳以上児)	オムツは外れていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> まだ	
	赤、青、黄、緑他が一致しますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> まだ	
	ごっこ遊びをすることがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	話し相手と目が合いますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	理由もなく奇声をあげることがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	絵本やお話をしっかり聞くことができますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	一人で着替えが出来ますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
3	食物アレルギーなどはありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	「はい」の場合、以下に詳細を記載してください。 アレルギーの種類 () 症状・除去食等 ()		
4	けいれんを起こしたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	「はい」の場合、以下に詳細を記載してください。 () 歳 () ヶ月頃 () °Cで () 回くらい)		
5	過去に入院したことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	「はい」の場合、以下に詳細を記載してください。 ①病名 () 病院・施設名 () ②病名 () 病院・施設名 ()		
6	乳幼児健診について		
	・最近受けた乳幼児健診 () 歳 () か月健診を	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けてない	
	・1歳6か月健診を	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けてない	
	・3歳6か月健診を	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けてない	
・何か言われたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
「はい」の場合、以下に詳細を記載してください。 ()			



裏面の記載もお願いします

7	発達や慢性的な病気などで病院や施設等に通院(通所)していますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	・「はい」の場合、以下に詳細を記載してください。 病名・障がい名 () 病院・施設名 () 通院状況 ()
	・「いいえ」の場合、発達が遅いと感じることがありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
	「ある」の場合、内容を以下に記入してください。 ()
	日常生活で心配なことはありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
	「ある」の場合、内容を以下に記入してください。 ()
8	身体障害者手帳や療育手帳をお持ちですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	「はい」の場合、以下に記入してください。 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当
9	日常生活を送る上で必要な医療行為(医療的ケア)はありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
	「ある」の場合、以下のうち該当するものに記入してください。 <input type="checkbox"/> 経管栄養 【 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> その他 () 】 <input type="checkbox"/> 吸引 【 <input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内 <input type="checkbox"/> その他 () 】 <input type="checkbox"/> 血糖管理 【 <input type="checkbox"/> 血糖測定 <input type="checkbox"/> インシュリン注入 <input type="checkbox"/> その他 () 】 <input type="checkbox"/> 酸素療法 【 <input type="checkbox"/> 酸素マスク <input type="checkbox"/> 鼻カニューラ 】 <input type="checkbox"/> てんかん 【 <input type="checkbox"/> 発作時の座薬使用 <input type="checkbox"/> その他 () 】 <input type="checkbox"/> 与薬 <input type="checkbox"/> その他(内容を以下に記入してください) ()
	※該当の方については、後日医療的ケアに関する申込書の提出をお願いする場合があります。

【同意確認事項】児童の健康状態については、入所が内定した園へ通知することに同意します。

年 月 日

保護者氏名

