

申込児童の
健康状況調書

ふりがな 児童氏名	生年月日	性 別
	平成 年 月 日 令和 (歳)	男・女

生育暦について	出産	1. 妊娠中	正常 ・ 異常 (重度つわり、妊娠高血圧症候群、他)
		2. 分娩時	正常 ・ 異常 (骨盤位、吸引、帝王切開、他)
		3. 出生時	正常 ・ 異常 仮死・酸素使用 (日)・保育器 (日) 早産 (か月)・強い黄疸・他 ()
		体重 g 身長 cm	
	栄養	1. 6か月未満の栄養方法 母乳・混合・ミルク (ミルク名) 2. 離乳食の開始 (満 か月頃から)	
初期発達	1. 1人で2, 3歩あるいた時期 (才 か月)		
	2. ウマウマ、バイバイを言いかけた時期 (才 か月)		
性格面	1. 友だちとよく遊びますか	遊ぶ ・ 遊ばない	
	2. 気になる行動・くせがありますか	無 ・ 有→有の場合具体的に ()	
自立性	1. 食事について	ひとりできる・手伝ってもらう・できない	
	2. 着替について	ひとりできる・手伝ってもらう・できない	
	3. 排せつ (トイレ) について	ひとりできる・手伝ってもらう・できない	
健康状態	1. ひきつけやけいれんをおこしたことがありますか	回数 回・時期 才 か月頃 原因 熱が出たとき・泣いた時・熱がでなくても起こる	
	2. 視力が気になり受診したことがありますか	無 ・ 有 (結果)	
	3. 聴力が気になり受診したことがありますか	無 ・ 有 (結果)	
	4. 病気、事故等で入院したことがありますか	無 ・ 有 (時期 才 か月頃・病名)	
	5. 既往歴がありますか	無 ・ 有 ()	
	6. 現在治療中の病気などがありますか	無 ・ 有 ()	
	7. 現在服用している薬はありますか	無 ・ 有→*薬名 () *いつから (年 月から) *服用時間帯 (1日 回 / 朝・昼・晩)	
体質	1. 該当するものに、○をしてください。 ・熱が出やすい ・便秘症 (日以上) ・風邪をひきやすい ・湿疹 ・ぜんそく ・ヘルニア ・吐きやすい ・肘内障 ・下痢しやすい ・その他 ()		
	2. 何かアレルギーがありますか	無 ・ 有 (①食物 ②薬物 ③吸引性 (ハウスダスト、花粉等) ※有無にかかわらず、別紙「食物アレルギーチェック票」を記入下さい。	
食事	1. 現在、授乳中ですか。 はい (母乳 ・ 混合 ・ ミルク) ・ いいえ		
	2. 現在、食事は、どんな形態のものを食べていますか (1) 裏ごし (ペースト状) (2) 舌でつぶせる固さ (豆腐状) (3) 歯ぐきでつぶせる固さ (バナナの固さ) (4) 歯ぐきで噛める固さ (5) 乳歯でつぶせる固さ (6) 大人の一部をつぶして (7) 大人と同じ		
	3. 給食で特別な対応が必要です か。	無 ・ 有 ⇒有の場合、具体的に ()	

お子さんの様子・ 該当する年齢の欄にご記入ください	0歳	・体重は良好に増えていますか（現在約 kg）	はい	・	いいえ
		・首はすわりましたか	はい	・	いいえ
		・音に反応したり、声の方を向いたりしますか	はい	・	いいえ
		・「アー」や「ウー」などの声を出しますか	はい	・	いいえ
		・あやすとよく笑いますか	はい	・	いいえ
		・寝返りをしますか	はい	・	いいえ
		・ものをつかむことをしますか	はい	・	いいえ
		・お座りをしますか	はい	・	いいえ
		・ハイハイをしますか	はい	・	いいえ
	・つかまり立ちをしますか	はい	・	いいえ	
	1歳・2歳	・一人でたちますか	はい	・	いいえ
		・一人で歩きますか	はい	・	いいえ
		・離れたところのおもちゃなど指さすとその方向をみますか	はい	・	いいえ
		・バイバイなどの身振りをしますか	はい	・	いいえ
		・名前を呼ぶと振り向きめますか	はい	・	いいえ
		・意味のある言葉をいくつか話しますか（マンマ・ブーブなど）	はい	・	いいえ
		・簡単ないつけがわかりますか（おいで、ねんね、ちょうだいなど）	はい	・	いいえ
		・泣いたり、動いたりせずおとなしすぎることがありますうか	はい	・	いいえ
		・絶えず動き回り、目が離せないことが多いですか	はい	・	いいえ
	3歳・4歳・5歳	・自分の名前が言えますか	はい	・	いいえ
		・同年齢の子どもと会話ができますか	はい	・	いいえ
		・走ることができますか	はい	・	いいえ
		・友だちと一緒に遊ぶことができますか	はい	・	いいえ
		・クレヨンなどで、まねて丸を書きますか	はい	・	いいえ
		・要求を人に伝えられますか	はい	・	いいえ
		・言葉が遅れているという心配はありますか	はい	・	いいえ
	・ひどく乱暴で困ることはありますか	はい	・	いいえ	
	・ひどく落ち着かず、動き回ることがありますか	はい	・	いいえ	
健康診査	・4か月児相談 （受けた ・ 受けていない ・ これから ） ・1歳6か月児健診 （受けた ・ 受けていない ・ これから ） ・3歳児健診 （受けた ・ 受けていない ・ これから ） 定期健診などで指摘を受けたことがあればご記入ください。 （ ）				
その他	病気やことば、その他発達について、相談している病院や専門機関（子ども発達センターなど）はありますうか 病名・症状（ ） 病院・専門機関名（ ）			はい ・ いいえ	
	集団生活は初めてですか	はい ・ いいえ → 保育園 ・ その他（ ）			
発達の状況（身体・知的・言葉など）や健康面で気がかりなこと、 保育園に伝えておきたいことがありましたら具体的にご記入ください。					
この用紙を記入した人： 父・母・（ ）			記入した日 ： 令和 年 月 日		