

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
()	令和 年 月 日 (歳 か月)	男・女

該当する□に✓をつけ、()の中は、記入または○で囲んでください。いただいた情報はお子様を安全にお預かりするために活用します。正確に記入してください。

妊娠～出生の経過	・在胎週数 (週 日) ・出生予定日 (令和 年 月 日) ・妊娠経過 □正常 □異常 (妊娠高血圧症候群・妊娠糖尿病・その他) ・出生時体重 (g) ・出生時身長 (cm) ・出生時異常 □正常 □異常 (仮死 , 酸素 日 , 保育器 日 , 強い黄疸)
既往・現病歴 ・③のお薬について、 入園前の面接時に 詳細をうかがうこ とがあります。 ・アレルギーについ ては次ページ記載	①今までに大きな病気やけが、入院はありますか □無 □有 (歳 か月頃) □心臓病 () □腎臓病 () □その他の病気 () □大きなけが () ・入院歴: □無 □有 (期間: 年 月 ~ 年 月) ・治療内容 () ・現在も治療、経過観察中ですか □はい □いいえ ②その他、定期的に受診している病気はありますか □はい □いいえ ・病名: (□ぜんそく □アトピー性皮膚炎 □その他) ③ 上記①、②の病気に対して、処方されている薬はありますか □はい □いいえ 〔薬品名・使用時間を記載〕 ④これらの治療や処置を受けたことがある、または現在も受けていますか □ 経管栄養 □ 酸素療法 □ 喀痰吸引 □ 血糖測定 □ インスリン注射 □ 導尿 □ その他 () ・実施期間 (歳 ~ 歳までで終了／継続中) ⑤主治医から集団保育に対しての注意点はありますか □無 □有 ()
けいれんやひきつけ の経験	□無 □有 (最終発症: 歳 か月頃) ・診断名 (, □不明) ・頻度 (年に 回位 , 月に 回位) ・発症しやすい状況 (□熱が出たときに起きる □熱がなくても起きる □泣いた時) ・けいれん予防の薬の処方 (□無 □有: 薬品名)
体 質	□風邪をひきやすい □熱がしやすい □ゼイゼイしやすい □吐きやすい □便秘 () 日毎 □下痢・腹痛をおこしやすい □湿疹がしやすい □脱臼をおこしたことがある (部位:) □中耳炎になりやすい □その他 ()
視 力 ・ 聴 力	視力や聴力が気になり、受診したことはありますか □無 □有: (眼 ・ 耳) (受診時期: 歳 か月、結果:)
健康診査受診状況 ※直近で受けた健診 結果(母子健康手帳 の健診ページ)の写 しを添付	・4 か月児相談 □済 □未 ・受診済みの健診 { □3～4か月児健診 □6～7 か月児健診 □9～10 か月児健診 } □1 歳 6 か月児健診 □3 歳児健診 ・5歳児相談 □済 □未 ・健診等での指摘 □無 □有 : 指摘事項を記入してください ()
発 達 面	・首すわり 歳 か月 ・あやすと笑う 歳 か月 ・寝返り 歳 か月 ・お座り 歳 か月 ・ハイハイ 歳 か月 ・つかまり立ち 歳 か月 ・一人で歩く 歳 か月 ・走る 歳 ・模倣 歳 か月 ・指さし 歳 か月 ・意味のある単語を話始めた時期(ワンワン・ブーブー等) 歳 か月頃 ・現在、どのくらい話せますか? □喃語 □単語(語くらい) □2語文 □会話可

裏面あり

集 団 生 活 の 経 験	☐ 無 ☐ 有 (☐ 保育園・ ☐ 幼稚園・ ☐ 一時預かり・ ☐ 児童発達支援・その他)		
発 達 の 状 況 (身 体 ・ 知 的 ・ 言 語) や健康面等で気が かりな事、保育園に 伝えておきたい事	☐動き回って落ち着きがない ☐ささいなことでパニックになりやすい ☐こだわりが強い ☐家族や友達を叩いたり噛んだりする ☐言葉がおそい ☐家族や友達に関心が薄く、一人で遊ぶことが多い ☐名前を呼ばれても応答しない ☐視線が合いにくい ☐その他 具体的に⇒		
今までに健康面や 発達上のことで、 専門機関に相談し たことはありますか	☐ 有 ☐ これから相談予定 ☐ 無 ・「有」または「これから相談予定」に☑された方は、相談先を以下から選択してください ☐市の保健センター等 ☐子ども発達センター(印西市) ☐児童発達支援(療育)や相談支援事業所 ☐医療機関(病院名:) ☐その他() 具体的な相談内容をご記入ください ※保護者の方の同意を得たうえで、関係機関と情報共有をさせていただくことがあります ので、ご了承ください。個人情報の取り扱いには十分配慮いたします。		
手 帳 の 取 得 状 況	☐ 無 ☐ 有 ☐ 申請中 (身体障害者手帳 ・ 療育手帳 ・ 精神障害者保健福祉手帳)		
食 事 面 (現 在 の 状 況)	・現在、授乳中ですか ☐ はい(☐ 母乳 ☐ 混合 ☐ ミルク:商品名) ☐ いいえ ・離乳食の開始(生後__か月から) ・一日の食事回数(__回/日) ・どのような形態のものを食べていますか ☐裏ごし ☐舌でつぶせる固さ ☐歯ぐきでつぶせる固さ ☐歯ぐきで噛める固さ ☐大人の一部をきざむ ☐大人の一部を一口大にする ☐大人と同じ ・食べられない食品がありますか ☐ 無 ☐ 有(食品名:) 理由:(☐ 治療上 ☐ 宗教上 ☐ その他:) ・給食のことで園に希望する対応 ☐ 無 ☐ 有 ⇒有の場合、具体的に()		
食 物 ア レ ル ギ ー ※アレルギーや症状 によって対応方法 が異なりますので、 希望園に対応方法 について確認して おいてください。	・食物アレルギーがありますか ☐ 無 ☐ 有 ・食物アレルギーで除去している食品はありますか ☐ 無 ☐ 有 ☐鶏卵 ☐牛乳・乳製品 ☐小麦 ☐エビ ☐カニ ☐ピーナッツ ☐そば ☐くるみ ☐その他() ・医師による診断をうけていますか ☐ はい(最終受診日:) ☐ いいえ ・アナフィラキシーショック※1)の経験はありますか ☐ 無 ☐ 有 ⇒有の場合 回数(回) 症状: ☐ せきこみ ☐ 呼吸困難 ☐ 意識もうろう ☐ 腹痛 ☐ おう吐 ☐ その他() ※1)アナフィラキシーショックとは、原因食物を食べた後で、じんましんなどの皮膚症状の 他、せきこみ、呼吸困難、意識障害などの生命危機で一刻も早く治療せねばならない 重篤な状態です。 ・処方されている薬はありますか ☐ はい ☐ いいえ ⇒有の場合 ☐ 抗ヒスタミン薬・ステロイド薬(内服薬) 薬品名を記載() ☐アドレナリン自己注射(エピペン) ☐その他()		
ア レ ル ギ ー (食 物 以 外)	☐ 無 ☐ 有 (アレルギー:) ・園に希望する対応の有無 ☐ 無 ☐ 有 ⇒有の場合、具体的に()		
記 入 者	☐ 父 ☐ 母 ☐ その他 ()	記 入 日	令和 年 月 日