

児童の健康・発育状況調査票

※該当するもの全てに☑をつけ、できるだけ詳しく記入してください。

記入者名		記入日	年	月	日
児童名		生年月日	年	月	日(歳)
妊娠・出産・健診の状況について					
出生時	妊娠期間	週	身長	cm	体重
					g
予防接種の記録	<input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 四種混合 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん(MR) <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> その他:				
健診を受けていますか？			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
健診で指摘を受けましたか？			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
(はいを選んだ場合は、その内容を右欄に記入してください)			➔		
発育や発達の中で、専門機関(病院や療育等)に相談や通所させたことはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
相談内容			機関名		
体質・病気・怪我について					
現時点で判明しているアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(品目: _____)					
どのような症状がありますか？(例:湿疹、アナフィラキシー等): _____					
最初に症状が起きた時期: _____ 歳 _____ か月頃					
家庭での対応状況: <input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 少量ずつ食べさせている <input type="checkbox"/> その他:					
これまでに大きな病気や怪我をしたことはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(時期: _____ 歳 _____ か月頃)					
病名:			症状:		
定期的な通院はありますか？			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(病名: _____ 症状: _____)		
定期的な投薬はありますか？			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬名: _____)		
そのほか持病や発達面で気になることはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下欄も記入してください)					
<input type="checkbox"/> けいれん(☑熱が _____ °C出たときに起こる <input type="checkbox"/> 熱が出なくても起こる 最後に起きた時期: _____ 歳 _____ か月頃)					
<input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 視力や目の疾患 <input type="checkbox"/> 聴力や耳の疾患 <input type="checkbox"/> 脱臼(部位: _____)					
<input type="checkbox"/> 鼠径ヘルニア <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> おむつがとれない <input type="checkbox"/> 他人と目が合わない <input type="checkbox"/> 落ち着きがなく多動である					
<input type="checkbox"/> その他:					
その他					
身体障害者手帳や療育手帳等を持っていますか？※入所後、写しを施設に提出していただく場合があります。					
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(手帳の種類: _____)			手帳の等級: _____ 級)		
これまでに保育所や幼稚園に通ったことはありますか？					
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(_____ 歳 _____ か月 から _____ 歳 _____ か月 まで)					
集団生活において、施設が特に対応や配慮しなければならないことがあれば、お書きください。					

※集団保育が困難と判断された場合は、入所保留となる場合があります。

※お子様の発達に不安がある方は、事前に希望する保育所(園)にお子様を同伴して見学に行くことをおすすめします。