

# 児童の健康状況表-1

- 児童の健康状況表-1は、申込み児童1名の記入になります。2名以上(兄弟・姉妹)の場合は、コピーをしてご記入ください。
- 児童の健康状況表-2(裏面)も必ずご記入ください。

お子さんの 状況	お子さんの 氏名	フリガナ 児童氏名 ( 年 月 日生 )				
	出産時	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 早産( 週 ) <input type="checkbox"/> 手術・その他 ( ) 出生体重 ( g )				
健康診断は受け ましたか。	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	
	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 未受診	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 未受診	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 未受診	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 未受診	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 未受診	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 未受診
※要観察や未受診の理由をご記入ください。						
健康や発達上で気にな ることや、配慮する ことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	※具体的内容と相談先がありましたら、ご記入ください。				
けいれんやひきつけ をおこしたことがあ りますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	初めておこした年齢 ( 歳 か月頃 ) 最後におこした年齢 ( 歳 か月頃 ) 状 況 ( 発熱 ℃ / 発症頻度 発症時の様子 )				
ぜん息やアレルギー などがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	【症 状】 <input type="checkbox"/> ぜん息 <input type="checkbox"/> アレルギー (アナフィラキシー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) 【 アレルゲンの種類 】 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦粉 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 甲殻類 <input type="checkbox"/> 魚介類 <input type="checkbox"/> 食肉 <input type="checkbox"/> 野菜( ) <input type="checkbox"/> 果物( ) <input type="checkbox"/> ダニ・埃 <input type="checkbox"/> その他( )				
現在、お子さんが病院や療育機関に通院、通所している場合には、以下の項目もご記入ください。						
発達の心配や慢性的な 病気などについて	病名・障害名					
	病気の主な症状					
	病状の治療・処置など					
入所に関して医師等に 相談した内容を保護者 の方がご記入ください。 【必須事項】	※医師の集団保育は可能・活動制限は不要との見解や集団保育を受ける際の健康・発達面での配慮など					
病院・施設名						
通院(通所)	開始時期 ( 歳 か月頃 ) 月・週に 回程度					
日常使用している お薬はありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	飲み薬・塗り薬・貼り薬 ( 朝・昼・夜・就寝前・食間 ) ⇒具体的に *薬品名・効能など ( )				
障害者手帳等をお持ち ですか。	該当を <input type="radio"/> で囲む	身体障害者手帳 ( 級 ) 愛の手帳 ( 度 ) 特別児童扶養手当 その他 ( )				
※長期(先天性疾患など)にわたり、通院治療を受けている場合は、「主治医の意見書」を必ず提出してください。 診断書の提出 ( 有 ・ 無 )						

- 私は、以下の事項に同意します。
- 児童の健康状況表-1・2の提出後に、児童の健康状態に変化があった場合には、改めて児童の健康状況表-1・2を提出することに同意します。
- 記入内容が事実と異なる場合や虚偽の申告があった場合には、申込みが無効となることに同意します。
- 区が「集団保育が困難」と判断した際は、入所、転所を取り消す場合があることに同意します。
- 児童の健康状況表-1・2、主治医の意見書等を入所が内定した保育所等に通知することに同意します。
- お子さんを集団の中で安全にお預かりするために、必要に応じて、入所後のお子さんの活動の様子を職員が行動観察することに同意します。

年 月 日

保護者氏名 (自署してください)

# 児童の健康状況表－2

年 月 日記入

フリガナ		生年月日
児童名		年 月 日生( 歳 か月)

\* 日常生活の状況で該当する箇所に○をつけてください。

食事	1 ミルクや母乳を飲んでいる	
	2 食事の形態 (離乳食{初期・中期・後期}・完了食・普通食・その他)	( )
	3 食事中に(つまらせることがある・つまらせることがない・嘔吐しやすい)	
	4 自分でできる (手づかみ・スプーン・はし・コップで水が飲める )	
	5 偏食( 有 ・ 無 )⇒(有の場合、具体的に)	( )
	6 信仰上の理由で食べられないもの( 有 ・ 無 ) ⇒(有の場合、具体的な食材等)	( )

排せつ	1 おむつ使用	
	2 布パンツ使用	
	3 自分でできないが、しぐさや言葉で知らせる	
	4 自分でできる( 小便のみ・大小便ともできる )	
	5 その他( )	( )

着脱衣	1 すべてやってもらう	
	2 介助されながら、自分で手足を動かし着せてもらう	
	3 ほとんど自分でできる	

言語	1 快・不快を感じて泣いたり、声をあげたりする	
	2 話しかけると声を出す	
	3 知っているものがあると指さしをする	
	4 話すことはできないが、相手の言うことはわかる	
	5 話せないし相手の言うこともわからない	
	6 意味のある単語を話す	
	7 二語文を話す(○○チョウダイ・○○アッタ 等)	
	8 会話のやりとりができる	

運動	1 首がすわっている	( 月頃から )
	2 寝返りができる	( 月頃から )
	3 座位の姿勢がとれる	( 月頃から )
	4 はいはいができる	( 月頃から )
	5 つかまり立ちができる	( 月頃から )
	6 一人で歩ける	( 月頃から )
	7 歩いたり走ったりする	
	8 のぼったり飛び降りたりする	

遊び	1 玩具を目で追う	
	2 音のする方に顔を向ける	
	3 玩具に手を伸ばす	
	4 大人と一緒に遊ぶことを喜ぶ	
	5 ひとりで遊ぶ	
	6 子ども同士で遊ぶ	

視力	1 普通	聴力	1 普通
	2 弱視		2 きこえが悪い
	3 その他(具体的に )		3 その他(具体的に )

その他	1 話しかけても視線が合わない	7 他の子とうまく関われない
	2 奇声をあげる	8 その他、気になること
	3 かんしゃくを起こす	〔 )
	4 こだわりが強い	
	5 理由なく人を激しく叩いたり、噛みついたりする	
	6 目的がなく動きまわる	