保育園名		かな 児童氏名		才	記入日： 令和　年　月　日
		生年月日	平成・令和　年　月　日	か月	

児童の健康状況調書（こども誰でも通園制度）

該当するもの全てにチェック・記入をしてください。

妊娠・出産の状況	妊娠中の状態	□ 正常		妊娠期間	妊娠　週		
		□ その他	□ 貧血　□ 重度のつわり □ 妊娠高血圧症候群 □（　）	分娩時の状況	□ 正常		
					□ その他	□ 帝王切開 □（　）	
	出生時の状態	□ 正常					
		□ その他	□ 未熟児　□ 仮死　□ 強い黄疸　□ 保育器使用（　日） □ 早産（　週）□（　）				
	出生時	体重	g	現在	体重	kg	年　月　日測定
		身長	cm		身長	cm	（　歳　か月）

発達・健康の状況	栄養の状況	□ 母乳（　～　）か月　□ 混合（　～　）か月 □ 人工（　～　）か月　□ 離乳食（　）回食　□ 普通食
	発達の状況	・首がすわる　か月　・寝返り　か月　・お座り　か月 ・ハイハイ　か月　・つかまり立ち　か月　・つたい歩き　か月 ・歩きはじめ　か月
		・話しはじめ　歳　か月 □ 喃語（アーアー）程度　□ 単語程度　□ ２語文　□ 会話のやりとりができる
	健診の状況	・１か月　□ 受診　□ 未受診 ・３～４か月　□ 受診　□ 未受診 ・９～１０か月□ 受診　□ 未受診 ・１歳６か月　□ 受診　□ 未受診 ・３歳　□ 受診　□ 未受診
		＊健診で指摘を受けたことがありますか。 □ いいえ　□ はい － 内容（　） ＊健康・発達上のことで専門機関に相談・通所されたことがありますか。 □ いいえ　□ はい － 機関名（　） 内容（　） →「あり」の場合 ＊相談機関に連絡をとらせていただいてもよろしいですか。 □ はい　□ いいえ
	体質・病気について	＊よくある症状はありますか。（いいえ・はい） □熱が出やすい　□ 風邪を引きやすい　□ 下痢をしやすい　□ 便秘になりやすい □ 吐きやすい　□ アトピー性皮膚炎　□ 喘息がある　□ 湿疹 □ その他（　）
		＊今までにかかった病気やケガはありますか。（いいえ・はい） ・年齢　－　歳　か月 ・病名　－（　） ・医療機関名　－（　）
		＊現在、定期的に受診している病気やケガはありますか。（いいえ・はい） ・病名　－（　） ・医療機関名　－（　）
		＊ひきつけ・けいれんを起こしたことがありますか。（いいえ・はい） ・回数 －　回　・時期 －　歳　か月 ・原因 －□ 熱（　℃）が出た時に起こる □ 熱が出なくても起こる □ 泣いた時に起こる
		＊薬の服用はありますか。（いいえ・はい） ・１日 －　回　（朝・昼・夕） ・理由 －（　）

※裏面もございます。ご確認ください。

予防接種	□ ロタウイルス感染症 ロタリックス（１回・２回）もしくはロタテック（１回・２回・３回） □ ヒブ（１回・２回・３回・追加）　□ ＢＣＧ □ 小児用肺炎球菌（１回・２回・３回・追加）□ 麻しん風しん混合（ＭＲ）（１期・２期） □ Ｂ型肝炎（１回・２回・３回）　□ 水痘（１回・２回） □ 四種混合（１回・２回・３回・追加）　□ 日本脳炎（１回・２回・追加） □ 任意接種（おたふく・その他：　　）

アレルギー	食事について ※アレルギーがあるお子さんは給食の提供が出来ません。弁当・おやつを持参してください。	＊ 食物アレルギーはありますか。（ いいえ ・ はい・ 離乳食前で不明 ） →「はい」の場合 ・ 原因 － □ 卵　□ 牛乳　□ 小麦　□ 大豆　□ その他（　　） ・ 制限 －□ 完全除去　□ その他（　　） ・ 症状 －（　　） ・ 医師の診断 □ なし　□ あり － 医療機関名（　　） 通院状況（　　） 処方薬等 □エピペン □内服薬（　　）
		＊ ご家族に、食物アレルギーの方はいますか。 □ いいえ　□ はい － □ 父　□ 母　□ 祖父母　□ 兄弟姉妹　□ その他（　　） ＊ アレルギーの内容（　　）
	その他の状況	＊ 薬品・植物・ペット等、食物以外のアレルギーがありますか。 □ いいえ　□ はい － 内容（　　）

その他	現在の状況	＊ 他園の一時預かりを利用したことはありますか。 □ いいえ □ はい　－ 保育園名（　　保育園）　保育園名（　　保育園）
	＊ その他、お子さんについて気になること、保育にあたり気を付けてほしいことがありましたらご記入ください。	

※ 提出後に状況等が変わりましたらお知らせください。

保育園記入欄	食事	分量	普・多・少	好きなもの		苦手なもの		
		※離乳食は食材表を確認						
	睡眠	起床	時頃	午前睡	～	午睡	～	就寝　時頃
	排泄	おむつの使用	有・無					