

様式 4

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

児童の健康状況調書

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	<input type="checkbox"/> 正常	妊娠期間	妊娠 週		
		<input type="checkbox"/> その他	分娩時の状況	<input type="checkbox"/> 正常		
		<input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 重度のつわり <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> ()		<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> ()	
出生時の状態	<input type="checkbox"/> 正常	分産時の状況				
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 未熟児 <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> 強い黄疸 <input type="checkbox"/> 保育器使用 () 日 <input type="checkbox"/> 早産 () 週 <input type="checkbox"/> ()				
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	<input type="checkbox"/> 母乳 (~) か月 <input type="checkbox"/> 混合 (~) か月 <input type="checkbox"/> 人工 (~) か月 <input type="checkbox"/> 離乳食 () 回食 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 喃語 (アアー) 程度 <input type="checkbox"/> 単語程度 <input type="checkbox"/> 2語文 <input type="checkbox"/> 会話のやりとりができる				
	健診の状況	・1 か月 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診 ・3～4 か月 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診 ・9～10 か月 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診 ・1歳6 か月 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診 ・3歳 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診 * 健診で指摘を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 熱が出やすい <input type="checkbox"/> 風邪を引きやすい <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい <input type="checkbox"/> 便秘になりやすい <input type="checkbox"/> 吐きやすい <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 喘息がある <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 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 - <input type="checkbox"/> 熱 (_____ °C) が 出た時に起こる <input type="checkbox"/> 熱が出なくても起こる <input type="checkbox"/> 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 - ()				

※裏面もごさいます。ご確認ください。

予防接種	<input type="checkbox"/> 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）
	<input type="checkbox"/> ヒブ（1回・2回・3回・追加） <input type="checkbox"/> BCG
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌（1回・2回・3回・追加） <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合（MR）（1期・2期）
	<input type="checkbox"/> B型肝炎（1回・2回・3回） <input type="checkbox"/> 水痘（1回・2回）
	<input type="checkbox"/> 四種混合（1回・2回・3回・追加） <input type="checkbox"/> 日本脳炎（1回・2回・追加）
	<input type="checkbox"/> 任意接種（おたふく・その他： _____）

アレルギー	食事について	<p>* 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 ）</p> <p>→ 「はい」の場合</p> <p>・ 原因 - <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> その他 （ _____ ）</p> <p>・ 制限 - <input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> その他 （ _____ ）</p> <p>・ 症状 - （ _____ ）</p> <p>・ 医師の診断</p> <p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり - 医療機関名 （ _____ ）</p> <p>通院状況 （ _____ ）</p> <p>処方薬等 <input type="checkbox"/> エピペン <input type="checkbox"/> 内服薬 （ _____ ）</p>
		<p>* ご家族に、食物アレルギーの方はいますか。</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい - <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 （ _____ ）</p> <p>* アレルギーの内容 （ _____ ）</p>
	その他の状況	<p>* 薬品・植物・ペット等、食物以外のアレルギーがありますか。</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい - 内容 （ _____ ）</p>

その他	現在の状況	<p>* 保育園の園庭開放や一時預かり、幼稚園の未就園児教室等に参加したことがありますか。</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> はい - 保育園名 （ _____ 保育園 ） 内容 （ _____ ）</p> <p>幼稚園名 （ _____ 幼稚園 ） 内容 （ _____ ）</p>
		<p>* 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。</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

※ 提出後に状況等が変わりましたらお知らせください。 【令和4年11月改正】

※ 入園決定後に給食の除去が必要となる場合は、別途、指定の医師の指示書の提出が必要となります。