

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

## 児童の健康状況調書（一時預かり） 非 緊 私

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"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 重度のつわり	分娩時の状況	<input type="checkbox"/> 正常
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群		<input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 帝王切開
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
	身長	cm		身長
				kg
				cm
				( 年 月 日測定 )
				( 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 年月 ・ 寝返り 年月 ・ お座り 年月
		・ ハイハイ 年月 ・ つかまり立ち 年月 ・ つたい歩き 年月
		・ 歩きはじめ 年月
		・ 話しはじめ 歳 年月
		<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 年月	
	・ 病名 - ( )	
	・ 医療機関名 - ( )	
	* 現在、定期的を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 年月	
	・ 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 - ( )	

※裏面もございます。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	* 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 - <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 （ ） ・ 制限 - <input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> その他 （ ） ・ 症状 - （ ） ・ 医師の診断 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり - 医療機関名 （ ） 通院状況 （ ） 処方薬等 <input type="checkbox"/> エピペン <input type="checkbox"/> 内服薬 （ ）
		* ご家族に、食物アレルギーの方はいますか。 <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 （ ） * 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。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい - 保育園名 （ ） 保育園名 （ ） 保育園名 （ ） ※市内公立保育園の一時預かりは3園合計で15日まで利用可
		* 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				
	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						