

健康状況調査票・発育の状況

記入日 年 月 日

児童氏名		生年月日	年 月 日
出生時の状況について		出生時体重 出生 週 g	現在の体重 約 kg
乳幼児健康診査の受診状況		<input type="checkbox"/> 4ヶ月 <input type="checkbox"/> 7ヵ月 <input type="checkbox"/> 10ヵ月 <input type="checkbox"/> 1歳6ヶ月 <input type="checkbox"/> 3歳 <input type="checkbox"/> 受診していない 様子を見るように言われたことがあればお書きください ()	
けいれんをおこしたことがありますか		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他()	
持病や治療中の病気について てんかんや、心臓疾患など		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 病名 _____ 病院名 _____ 症状 _____ 通院歴 _____ 歳 _____ ヵ月頃 回数 _____ 週 _____ 回 _____ 月 _____ 回 程度 入院歴 _____ 歳 _____ ヵ月頃 入院期間 _____ ~ _____ 集団生活で気を付けたほうがよい点、服薬状況など ()	
医療的なケアが必要ですか		<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ケアの内容 () 集団生活で気を付けたほうがよい点 ()	
身体障害者手帳をお持ちですか		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり _____ 級 障害名 _____ 特別児童扶養手当を受給していますか <input type="checkbox"/> 受給している <input type="checkbox"/> 受給していない	
療育手帳をお持ちですか		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 【 A1 A2 B1 B2 】	
発達・言葉など気になる場所がありますか		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 相談している 内容 _____	
療育などを受けていますか		<input type="checkbox"/> 療育を受けている 療育施設名()	
アレルギー等について	有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	原因となるもの 食物	<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 ()	
	食物以外	<input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	受診状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 病院名 ()	
	症状及び必要な対応などご記入ください	エピペンの処方 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
その他、気になることなどご記入ください			

※利用希望児童氏名をご記入の上、該当する項目にチェックし、内容をご記入ください。
 ※保育所等への利用が決定した場合、より安全に保育するための資料として利用させていただきます。
 ※保育以外の目的には使用しませんので具体的にご記入ください。
 ※診断書や医師の意見書などの提出をお願いすることがあります。

健康状況調査票・発育の状況

記入日 年 月 日

児童氏名		生年月日	年 月 日
出生時の状況について		出生時体重 出生 週 g	現在の体重 約 kg
乳幼児健康診査の受診状況		<input type="checkbox"/> 4ヶ月 <input type="checkbox"/> 7ヵ月 <input type="checkbox"/> 10ヵ月 <input type="checkbox"/> 1歳6ヶ月 <input type="checkbox"/> 3歳 <input type="checkbox"/> 受診していない 様子を見るように言われたことがあればお書きください ()	
けいれんをおこしたことがありますか		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他()	
持病や治療中の病気について てんかんや、心臓疾患など		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 病名 _____ 病院名 _____ 症状 _____ 通院歴 _____ 歳 _____ ヵ月頃 回数 _____ 週 _____ 回 _____ 月 _____ 回 程度 入院歴 _____ 歳 _____ ヵ月頃 入院期間 _____ ~ _____ 集団生活で気を付けたほうがよい点、服薬状況など ()	
医療的なケアが必要ですか		<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ケアの内容 () 集団生活で気を付けたほうがよい点 ()	
身体障害者手帳をお持ちですか		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり _____ 級 障害名 _____ 特別児童扶養手当を受給していますか <input type="checkbox"/> 受給している <input type="checkbox"/> 受給していない	
療育手帳をお持ちですか		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 【 A1 A2 B1 B2 】	
発達・言葉など気になる場所がありますか		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 相談している 内容 _____	
療育などを受けていますか		<input type="checkbox"/> 療育を受けている 療育施設名()	
アレルギー等について	有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	原因となるもの 食物	<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 ()	
	食物以外	<input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	受診状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 病院名 ()	
	症状及び必要な対応などご記入ください	エピペンの処方 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
その他、気になることなどご記入ください			

※利用希望児童氏名をご記入の上、該当する項目にチェックし、内容をご記入ください。
 ※保育所等への利用が決定した場合、より安全に保育するための資料として利用させていただきます。
 ※保育以外の目的には使用しませんので具体的にご記入ください。
 ※診断書や医師の意見書などの提出をお願いすることがあります。