　　健康状況調査票（１人目）　　　　　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　　　　　　　㎏ |
| 乳幼児健康診査の受診状況 | | | □4か月　□7か月　□10か月　□1歳6か月　□3歳　　□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 | | | □なし　　　□あり  □熱性けいれん　　□てんかん　　□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 | | | □なし  □あり　　病名　　　　　　　　　　　　　　病院名  　　　　　症状  　通院歴　　　　歳　　か月頃　　　回数　　週　　回　　　月　　回　程度  　入院歴　　　　歳　　か月頃　　　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 | | | □不要  □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 | | | □なし　　　□あり　　　　　　級　　障害名  特別児童扶養手当を受給していますか　　□受給している　□受給していない | | |
| 療育手帳をお持ちですか | | | □なし　　　□あり　　　【　Ａ1　　Ａ2　　Ｂ1　　Ｂ2　】 | | |
| 発達・言葉など気になるところがありますか  療育などを受けていますか | | | □なし　　　□あり　　　□相談している  　内容  □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 | | □なし　　　□あり | | |
| 原因となるもの　食物 | | □卵　　□牛乳　　□小麦　　□大豆　　□その他（　　　　　　　　　　　） | | |
| 食物以外 | | □アトピー　□喘息 　□結膜炎　　□鼻炎　　□その他（　　　　　 　　　） | | |
| 受診状況 | | □なし　　　□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　□なし　　□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（２人目）　　　　　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　　　　　　　㎏ |
| 乳幼児健康診査の受診状況 | | | □4か月　□7か月　□10か月　□1歳6か月　□3歳　　□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 | | | □なし　　　□あり  □熱性けいれん　　□てんかん　　□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 | | | □なし  □あり　　病名　　　　　　　　　　　　　　病院名  　　　　　症状  　通院歴　　　　歳　　か月頃　　　回数　　週　　回　　　月　　回　程度  　入院歴　　　　歳　　か月頃　　　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 | | | □不要  □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 | | | □なし　　　□あり　　　　　　級　　障害名  特別児童扶養手当を受給していますか　　□受給している　□受給していない | | |
| 療育手帳をお持ちですか | | | □なし　　　□あり　　　【　Ａ1　　Ａ2　　Ｂ1　　Ｂ2　】 | | |
| 発達・言葉など気になるところがありますか  療育などを受けていますか | | | □なし　　　□あり　　　□相談している  　内容  □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 | | □なし　　　□あり | | |
| 原因となるもの　食物 | | □卵　　□牛乳　　□小麦　　□大豆　　□その他（　　　　　　　　　　　） | | |
| 食物以外 | | □アトピー　□喘息 　□結膜炎　　□鼻炎　　□その他（　　　　　 　　　） | | |
| 受診状況 | | □なし　　　□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　□なし　　□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。