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。