令和6年11月1日版

健康状況調査票（１人目）　　　　　　　　　　　記入日　　　年　　月　　日

お子さまを安全にお預かりするため、保育施設では職員配置・アレルギー対応の食事など、万全な受入体制を事前に検討する必要があります。記載内容と現状が大きく異なっていた場合、入所決定後でもお預かりをお断りせざるを得ない場合もありますので、健康状況について詳細にご記載ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 |  | 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日記入日現在　　　歳 |
| 体重について | 出生時の体重：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●受診時に、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、治療中の病気、てんかん、心臓疾患、服薬状況など | □なし□あり　　病名　　　　　　　　　　　　　　病院名　　　　　　　　　　　　　　　症状　　　　　　　　　　　　　通院歴　　　　歳　　か月頃　　　回数：週　　回又は月　　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、常用の服薬があればお書きください（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 医療的なケア（例：たん吸引） | □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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 身体障害者手帳の取得 | □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 |
| 療育手帳の取得 | □なし　　□あり　　　【等級：　Ａ１　　Ａ２　　Ｂ１　　Ｂ２　】 |
| 発達・言葉など気になるところはありますか療育を受けていますか | □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 |
| 食物 | □卵　　　□牛乳　　□小麦　　□大豆　　□ナッツ類　　□甲殻類□その他（　　　　　　　　　　　） |
| 食物以外 | □アトピー　□喘息 　□結膜炎　　□鼻炎　　□その他（　　　　　 　　　） |
| ｱﾚﾙｷﾞｰ対応食 | □不要　　□必要対応が必要な内容（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  |
| エピペンの処方 | □なし　　□あり必要な対応（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他、お子さまの健康において気になることをお書きください |  |

以上の情報は、入所調整にあたって適切な保育環境検討のため、入所希望施設と情報共有します。

令和6年11月1日版

健康状況調査票（２人目）　　　　　　　　　　　記入日　　　年　　月　　日

お子さまを安全にお預かりするため、保育施設では職員配置・アレルギー対応の食事など、万全な受入体制を事前に検討する必要があります。記載内容と現状が大きく異なっていた場合、入所決定後でもお預かりをお断りせざるを得ない場合もありますので、健康状況について詳細にご記載ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 |  | 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日記入日現在　　　歳 |
| 体重について | 出生時の体重：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●受診時に、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、治療中の病気、てんかん、心臓疾患、服薬状況など | □なし□あり　　病名　　　　　　　　　　　　　　病院名　　　　　　　　　　　　　　　症状　　　　　　　　　　　　　通院歴　　　　歳　　か月頃　　　回数：週　　回又は月　　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、常用の服薬があればお書きください（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 医療的なケア（例：たん吸引） | □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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 身体障害者手帳の取得 | □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 |
| 療育手帳の取得 | □なし　　□あり　　　【等級：　Ａ１　　Ａ２　　Ｂ１　　Ｂ２　】 |
| 発達・言葉など気になるところはありますか療育を受けていますか | □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 |
| 食物 | □卵　　　□牛乳　　□小麦　　□大豆　　□ナッツ類　　□甲殻類□その他（　　　　　　　　　　　） |
| 食物以外 | □アトピー　□喘息 　□結膜炎　　□鼻炎　　□その他（　　　　　 　　　） |
| ｱﾚﾙｷﾞｰ対応食 | □不要　　□必要対応が必要な内容（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  |
| エピペンの処方 | □なし　　□あり必要な対応（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他、お子さまの健康において気になることをお書きください |  |

以上の情報は、入所調整にあたって適切な保育環境検討のため、入所希望施設と情報共有します。