裏面にも記入欄があります

**健　康　状　態　等　調　査　票**

この調査票は、保育上注意しなければならないことについて事前にお尋ねするものです。お子さんの母子健康手帳を参考に該当する項目にチェックを付けるか、必要事項を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記入日 | | 申込児童氏名・性別 | | | | | | | 生年月日 | | | | 現在の年齢 | | | | |
| 令和　　 年　 　月　 　日 | | ふりがな  氏 名 | | | | | | 男  女 | Ｈ・Ｒ　　　年　　　月　 　日 | | | | 歳　　　か月 | | | | |
| 1　分娩状況 | （　第　　　　子　）　・　　正常　・　早産（妊娠　　　　週にて出産）  自然分娩　・　吸引分娩　・　帝王切開　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2　出生状況 | 異常なし　・　あり　（　仮死・チアノーゼ・保育器・ひきつけ・重症黄疸・その他（　　　　　　　　　　　　　）） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3　体重・身長 | 出生体重　　　　　　　　ｇ　・　身長　　　　　　ｃｍ　　　→　　　現在　　　　　　　　　ｇ　・　　　　　　　ｃｍ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4　生育歴 | 育てた人　：　母・その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5　健康状態で  　心配なこと | □　無　・　□　有　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ことばや発達のことで相談をしたり指導を受けたりしたことがある。  （　　　歳　　　か月の頃）（場所　　　　　　　　　　　　　）で、（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）について | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6　既往歴 | かかった伝染病  □　無　・　□　有　　　麻疹 ・ 風疹 ・ 水痘 ・ 百日咳 ・ 流行性耳下腺炎 ・ 突発性発疹  　　　　　　　　　　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入院・通院を要する疾病  □　無　・　□　有　　　小児肘内障 ・ 肺炎や気管支炎 ・ 重い下痢や腸炎 ・ 外科手術  　　　　 　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| はちに刺されたことがありますか。  □　無　・　□　有　（はちの種類：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7　入院したこと | □　無　・　□　有　（　　　　歳　　　か月の時から）・傷病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主治医：　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　現在の状況（　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8　現在の治療、  通院状況 | □　無　・　□　有　（　　　　歳　　　か月の時から）・傷病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主治医：　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　 通院状況　（　　　　年・月・週　　　　　　回　・　不定期　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9　服用中の薬 | □　無　・　□　有　（朝　・　昼　・　夕）→薬名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10　アレルギー | □　分からない　・　□　無  □　有　→　□　鶏卵　□　小麦　□　牛乳　□　大豆　□　ピーナッツ　□　その他  　　　　　　　　・　除去食は　□　必要　・　□　不要  ※除去食が必要な場合は、入園後に所定の様式による医師の生活管理指導票を提出していただきます。  検査　□受けてない　・　□　受けた　（医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　検査日：　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11　けいれん  　（ひきつけ等） | □　無　・　□　有　（　　　歳　　か月頃から　　回数：　　　回　　診断名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・　治療を　□　受けていない　・　□　受けている　（医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12　発達 | ・首のすわり　（　　　か月頃）　・寝返り（　　　か月頃）　・はいはい（　　　か月頃）・独歩（　　　か月頃）  ・片言を言う　（　　　か月頃）　・歯の生え始め（　　　　か月頃） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13　食事 | □　授乳　：　母乳　・　ミルク　・　混合  □　離乳食開始時期　　　　　か月頃（　　　　年　　　　月　　　　日）　・　□　幼児食  □　食べさせてもらう　　　　□　大人の助けがあれば食べられる  □　はしが使える　　□　スプーン・フォークが使える | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14　排泄 | □　おむつ使用　　□　大便、小便とも自分で出来る　　□　失敗した時知らせる | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15　着衣脱 | □　大人にしてもらう　　□　簡単なものは自分でできる（□　着るだけ　□　脱ぐだけ　□　着脱両方）  □　自分で着脱し、ボタンかけもできる | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16　予防接種  ※受けた回数  に○ | ヒブ（ＨＩＢ） | | １ | ２ | ３ | 追加 | ＢＣＧ | | １ |  |  | ロタウイルス | | １ | ２ | | ３ |
| 肺炎球菌 | | １ | ２ | ３ | 追加 | 風しん・麻しん  （混合） | | １ | ２ |  | おたふくかぜ | | １ | ２ | |  |
| Ｂ型肝炎 | | １ | ２ | ３ |  | 水痘 | | １ | ２ |  |  | |  |  | |  |
| 四種混合 | | １ | ２ | ３ | 追加 | 日本脳炎 | | １ | ２ | 追加 |  | |  |  |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 17　その他 | 入所にあたり、健康上、発達上、気になることがありましたら下記にご記入下さい。  ※身体障害者手帳・療育手帳をお持ちの方は写しを提出して下さい。 |
| 18　集団保育の  経験 | □　無　・　□　有　(名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 19　現在の保育  の状況 | □　家庭　・　□　保育所　(名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  □　その他　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 保護者確認欄 | ※下記項目に了承の場合には、□欄にチェックの上、ご署名をお願いいたします。  □　この「健康状態等調査票」を入所が内定した保育施設に通知することに同意します。  　令和　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |