

# 児童の健康状況票

記入日時点の年齢

<small>ふりがな</small> 児童名	男 ・ 女 生年月日	年 月 日 ( 歳 か月)
保護者連絡先	(*日中連絡がつくところ)	

\* 兄弟姉妹2人以上同時に申込まれた方は、お手数ですがコピーしてご使用願います。

出生状況	妊娠中の状況：異常なし・あり ( ) 予定日 ( / ) 出生時の状況：正常・帝王切開・その他 ( ) 在胎週数 ( 週) 出生時の体重 ( g) 出生時の身長 ( cm) 頭囲 ( cm) 胸囲 ( cm) 現在の体重 ( kg) 出生後の状況：正常・異常あり 仮死・保育器使用 ( 日間)・酸素使用 ( 日間) 強い黄疸・けいれん・その他 ( ) 入院(NICU 日間・その他 日間) その他の治療 ( )
発達の状況	首がすわったのは ( か月)・すわっていない <b>ねがえり</b> ( か月)・できない おすわりしたのは ( か月)・できない <b>はいはい</b> ( か月)・できない つかまり立ち ( か月)・できない <b>歩きはじめ</b> ( か月)・歩けない 転ばないで上手に歩けますか : はい・いいえ <b>行動は</b> ：普通・多動傾向 意味のない言葉(喃語)がでますか、でましたか : はい・いいえ ブーブー、ママなどの意味のある片言をいいますか : はい ( か月ごろから)・いいえ 人見知りしますか、しましたか : はい ( 歳 か月ごろから)・いいえ 指さししますか、しましたか : はい ( 歳 か月ごろから)・いいえ 親と目が合いますか : はい・いいえ <b>要求を人に伝えられますか</b> : はい・いいえ 家族と日常会話ができますか : はい ( 歳ごろから)・いいえ・その他(片言など )
健康状況	食物アレルギー：医師の指示により現在食物除去 なし・あり(原因食物 ) アナフィラキシーショックの既往：なし・あり 年 月(原因食物など ) ひきつけの経験 : なし・あり(てんかん・熱性けいれん・その他 ) 入院や手術などの大きな病気：なし・あり( 年 月 病名 ) : 現在も経過観察 なし・あり( ) 上記以外に治療中の病気 : なし・あり(病名 ) 現在続けている治療・ケアなどありますか : なし・あり( ) 日常生活について医師に指導を受けていますか : なし・あり( )
健康診査	3~4 か月健診 : 受けた・受けていない(理由：年齢未到達 ・ その他( )) 1歳6 か月健診 : 受けた・受けていない(理由：年齢未到達 ・ その他( )) 3歳児健診 : 受けた・受けていない(理由：年齢未到達 ・ その他( )) フォロー健診・その他の健診( ) 健診時に相談や指導は : なし・あり ( )
その他	病気・ことば・その他の発達について、相談している病院や専門機関はありますか : なし・あり 病名や症状 ( ) 病院や専門機関名(成育医療センター・島田療育センター・都立府中療育センター・エール・その他 ) 愛の手帳 : ない・ある ( 度) <b>身体障害者手帳</b> : ない・ある ( 級) 発達や健康面で気になることがありましたら記入してください ( )

\*あてはまるところに○及び ( ) に記入してください。

\*受付の際に母子健康手帳をご持参下さい。健康状況について詳細に伺う場合があります。

\*この書類は、施設利用申込書の添付書類として、保育課及び保育園のみで使用させていただきます。