

申請時における 健康調査票

※ 児童一人につき1枚必要です。複数名申請する時はコピーし、ご利用ください。

※ 該当項目に「✓」をし、必要事項を記入してください。

児童名 <small>ふりがな</small> 男・女 生年月日 年 月 日生 ( 歳 カ月)	
保護者氏名 保護者連絡先 (*日中連絡がつくところ)	
出生に関して	妊娠期間( 週 日)・出生時の体重( )g・現在の体重( )g
	<input type="checkbox"/> 特になし
	<input type="checkbox"/> あり                 出生時の状態 仮死・黄疸・その他( )
	治療内容 保育器・酸素療法・人工呼吸器・その他( ) [具体的な治療内容: ]
入院期間 NICU( )日間・その他( )日間・現在入院中 退院された際は、保育課へ電話連絡をください	
健康状況について	<input type="checkbox"/> 特になし
	<input type="checkbox"/> あり                 病名
	医療的ケア <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( ) 「医療的ケア」は自宅での生活も含みます
	手術歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( 年 月) <input type="checkbox"/> 予定あり( 年 月) [手術内容: ]
	かかりつけ医
	通院頻度 <input type="checkbox"/> 定期通院( 回/年) <input type="checkbox"/> 経過観察のみ <input type="checkbox"/> 通院なし
	内服薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )
	ひきつけの経験 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(てんかん・熱性けいれん・その他 ) 発作時の薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )
心身の状態・発達発育について	発育経過                 首のすわり ( か月) ねがえり ( か月) おすわり ( か月) はいはい ( か月) つかまり立ち ( か月) 歩き始め ( か月) 人見知りをする、または、した はい( 歳 か月から)・いいえ
	<input type="checkbox"/> 特になし
	<input type="checkbox"/> あり                 健診での指導 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( か月・歳児 健診) 指導内容( )
	診断書 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(診断名: )
	相談している病院・施設 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(病院・施設名: ) [具体的な相談内容: ]
手帳の交付 ※1 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 予定あり ( 身体障害者手帳・療育手帳 級・度 )	
食物アレルギーについて	<input type="checkbox"/> 特になし
	<input type="checkbox"/> あり                 医師の指示による現在の除去食物 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 除去食物( )
	アナフィラキシーショック <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 原因食物( )
	エピペン処方 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

※1 必ずチェックを入れるようお願いいたします。

【裏面あり】

児童の状況について	親と目が合いますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	日常生活について医師に指導を受けていますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
	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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 病名や症状 ( ) 病院や専門機関( )
	行動や発達面で気になることがありましたら記入してください	( )
	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	( )

【保育課記載欄】