

# 児童の健康状況票

記入日時点の年齢

|        |     |               |       |         |
|--------|-----|---------------|-------|---------|
| 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) |       |         |

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| 妊<br>娠<br>・<br>出<br>生<br>状<br>況 | 妊娠期間： 週 日<br>出生時の状況： 正常・異常あり・仮死<br>出生時の体重( g)出生時の身長( cm)頭囲( cm)胸囲( cm)<br>現在の体重( kg：測定日 年 月)<br>出生後の状況： 保育器使用( 日間)・酸素使用( 日間)・現在も入院中<br>強い黄疸・けいれん・その他( )<br>入院(NICU 日間・その他 日間)その他の治療( )   |
| 発<br>達<br>の<br>状<br>況           | 首がすわったのは ( か月)・すわっていない ねがえり ( か月)・できない<br>おすわりしたのは ( か月)・できない はいはい ( か月)・できない<br>つかまり立ち ( か月)・できない 歩きはじめ ( か月)・歩けない<br>転ばないで上手に歩けますか： はい・いいえ 行動は： 普通・活発・多動傾向<br>意味のない言葉(喃語)がでますか、でましたか： はい・いいえ<br>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<br>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<br>指さしますか、しましたか： はい( 歳 か月ごろから)・いいえ<br>親と目が合いますか： はい・いいえ 要求を人に伝えられますか： はい・いいえ<br>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<br>康<br>状<br>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 )<br>アナフィラキシーの既往： なし・あり 年 月(原因食物など )<br>ひきつけの経験： なし・あり(てんかん・熱性けいれん・その他 )<br>入院などの大きな病気： なし・あり( 年 月 病名 )<br>手術： 年 月(手術の内容 ) 経過観察の頻度( 年・月 回 )<br>現在続けている治療・ケアなど： なし・あり( )<br>上記以外に治療中の病気： なし・あり(病名 )<br>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 )<br>[ ]   |
| 健<br>康<br>診<br>査                | <input type="checkbox"/> 3・4 か月 <input type="checkbox"/> 6・7 か月 <input type="checkbox"/> 9・10 か月 <input type="checkbox"/> 1 歳 <input type="checkbox"/> 1 歳 6 か月 <input type="checkbox"/> 3 歳児健診<br><input type="checkbox"/> フォロー健診・その他の健診( )<br>健診時に相談や指導は： なし・あり( 歳 ヶ月頃)<br>[ ]   |
| そ<br>の<br>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<br>病名や症状( )<br>病院や専門機関名 <input type="checkbox"/> 成育医療センター <input type="checkbox"/> 島田療育センター <input type="checkbox"/> 都立府中療育センター <input type="checkbox"/> エール<br><input type="checkbox"/> その他 _____<br>愛の手帳： ない・ある( 度) 身体障害者手帳： ない・ある( 級)<br>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<br>[ ]   |

\*あてはまるところに○及び□にチェック、( )に記入してください。

\*この書類は速やかに記入し、入園決定した保育園の入園説明会時にご提出ください。