

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 ふりがな 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()kg
	☐ 特になし
	☐ 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	☐ 特になし
	☐ あり
	病名
	医療的ケア ☐ なし ☐ あり() 「医療的ケア」は自宅での生活も含みます
	手術歴 ☐ なし ☐ あり(年 月) ☐ 予定あり(年 月) [手術内容:]
	かかりつけ医
	通院頻度 ☐ 定期通院(回/年) ☐ 経過観察のみ ☐ 通院なし
	内服薬 ☐ なし ☐ あり()
心身の状態・発達発育について	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
	☐ 特になし
	☐ あり
	健診での指導 ☐ なし ☐ あり(か月・歳児 健診) 指導内容()
	診断書 ☐ なし ☐ あり(診断名:)
	相談している 病院・施設 ☐ なし ☐ あり(病院・施設名: [具体的な相談内容:]
	手帳の交付 ※1 ☐ なし ☐ あり ☐ 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	☐ 特になし
	☐ あり
	医師の指示による 現在の除去食物 ☐ なし ☐ あり 除去食物()
	アナフィラキシー ショック ☐ なし ☐ あり 原因食物()
エピペン処方 ☐ なし ☐ 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	☐ はい ☐ いいえ
	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 ()
	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()
	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】
