

お子さまの健康状況申告書

記入年月日 令和 年 月 日

記入者氏名 _____

お子さまの氏名 _____

記入時の年齢 歳 か月

生年月日 _____

*母子健康手帳は「保護者の記録」を必ず記入して、ご持参してください。
*母子健康手帳を確認し漏れのないよう、記入してください。

[区職員記入欄: お子さま 確認 ・ 未確認]

*出生時の状況

・分娩経過 : 正常 ・ 帝王切開 ・ 吸引分娩 ・ その他()
・妊娠期間 : 週 日
・出生時 体重 g ・身長 cm ・胸囲 cm ・頭囲 cm
・出生時またはその後の異常:
・なし
・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・入院(日間)
その他()

*予防接種の状況

・Hib (回) ・肺炎球菌(回)
・B型肝炎 (回) ・四種混合(回)
・BCG 未・済 ・麻しん・風しん(回)
・水痘(回) ・日本脳炎(回)
・ロタウイルス(回) ・おたふくかぜ(回)

*未記入の場合は、「いいえ」と同意であると判断させていただきます。

*今までの発達の経過

・以下の項目について、○印をつけてください。()内は記入してください。

Table with 3 columns: Question, 0・1・2歳児クラスに申し込むお子さま, 3・4・5歳児クラスに申し込むお子さま. Contains 34 rows of developmental milestones.

| | | | | | | | | |
|----------------------|---|----------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|------------------------|---------------------|--|
| 35 | 慢性疾患(病院等で継続的に治療や検査が必要な場合。小児慢性特定疾病を含む。)・手術が必要な病気やケガの経験などがありますか。 | ・なし ・あり (ありの方は以下に記入してください) | | | | | | |
| | ① 診断名： ② 発症年齢： 年 月頃(歳 か月頃) ③ 経過 ④ 現在の状況： 治療 ・ 通院継続 経過観察の頻度(回 /) ⑤ 医療機関名 ⑥ 現在、内服薬がありますか。 ・いいえ ・はい (1日__回 → 朝・昼・夕 薬品名：) ⑦ 原則として、保育園・こども園では薬はお預かりできません。ご理解いただけますか。 ・ はい ・ いいえ | | | | | | | |
| 36 | ひきつけの経験はありますか | ・なし ・あり (ありの方は以下に記入してください) | | | | | | |
| | ① 初回()歳()か月の時、()分間程のひきつけ — 発熱： なし あり (°C) ② ひきつけの総回数 (回) — ひきつけの際、発熱は毎回： なし あり ③ 原則として、保育園・こども園では薬はお預かりできません。ご理解いただけますか。 ・ はい ・ いいえ | | | | | | | |
| 37 | 健康診査 | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td>1か月児健診 健康・要観察・未受診</td> <td>3～4か月児健診 健康・要観察・未受診</td> <td>6～7か月児健診 健康・要観察・未受診</td> <td>9～10か月児健診 健康・要観察・未受診</td> <td>1歳6か月児健診 健康・要観察・未受診</td> <td>3歳児健診 健康・要観察・未受診</td> </tr> </table> | 1か月児健診 健康・要観察・未受診 | 3～4か月児健診 健康・要観察・未受診 | 6～7か月児健診 健康・要観察・未受診 | 9～10か月児健診 健康・要観察・未受診 | 1歳6か月児健診 健康・要観察・未受診 | 3歳児健診 健康・要観察・未受診 | |
| 1か月児健診 健康・要観察・未受診 | 3～4か月児健診 健康・要観察・未受診 | 6～7か月児健診 健康・要観察・未受診 | 9～10か月児健診 健康・要観察・未受診 | 1歳6か月児健診 健康・要観察・未受診 | 3歳児健診 健康・要観察・未受診 | | | |
| 38 | 言葉や発達について相談している病院や施設はありますか。 | ・なし ・あり (ありの方は以下に記入してください) | | | | | | |
| | 相談機関： 台東保健所・浅草保健相談センター ・松が谷福祉会館 ・医療機関他() * 育児相談・発達相談の経過等も記入して下さい。 * 保育所・幼稚園等に通ったことがある場合記入してください。(施設名 _____ 期間： _____ ~ _____) * 身体障害者手帳・療育手帳をお持ちの場合はコピーを提出してください。(身体障害者手帳 _____ 級 ・ 療育手帳 _____ 度) | | | | | | | |
| 39 | 補装具(眼鏡、補聴器など)の使用はありますか。 | ・なし ・あり () | | | | | | |
| 40 | 食物アレルギーはありますか。 | ・なし ・あり (ありの方は以下に記入してください) | | | | | | |
| | ① ショック症状を起こしたことはありますか。 ・ いいえ ・ はい その他の症状： ② 除去食を実施していますか。 ・ いいえ ・ はい 除去にあたっては医師の指示に基づいていますか。 ・ いいえ ・ はい [除去食品名] ③ 内服薬等がある場合は記入してください。 ・なし ・あり () ④ お子さまの状況により、医師の診断書(指示書)などが必要になります。ご理解いただけますか。 ・ はい ・ いいえ ⑤ 除去食で対応できない場合は、代替食をお持ちいただくことになります。ご理解いただけますか。 ・ はい ・ いいえ | | | | | | | |
| 41 | 食品以外のアレルギーはありますか。 | ・なし ・あり (ありの方は以下に記入してください) | | | | | | |
| | * アレルギーの種類： 薬品 () その他() | | | | | | | |
| 42 | 宗教上の理由により、食べられない食品はありますか。 | ・なし ・あり (ありの方は以下に記入してください) | | | | | | |
| | * 給食が食べられない場合は、原則としてお弁当持参になります。ご理解いただけますか。 ・ はい ・ いいえ | | | | | | | |
| 43 | 入園にあたり健康・発達などで気になることがありますか。 | ・なし ・あり (ありの方は以下に記入してください) | | | | | | |
| 44 | 0歳児クラス・1歳児クラスへ入園申請なさる方は下記についてご記入ください。 | | | | | | | |
| | ①現在の栄養について： 母乳(回/日) ・ 混合(回/日) ・ ミルク(回/日) ②離乳食を開始している場合： (1日 回食) ③離乳食等について心配な点があれば、ご記入ください。 ④ 1歳児園では、離乳食・ミルクの提供はありません。 このことについて、ご理解いただけますか。 ・ はい ・ いいえ | | | | | | | |