

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

生年月日 (記入時の年齢 歳 か月)

※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 ・頭囲 cm ・胸囲 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

・肺炎球菌(回) ・五種混合(回)
・B型肝炎(回) ・BCG 未・済
・ロタウイルス(回) ・麻しん・風しん(回)
・おたふくかぜ(回) ・水痘(回)
・日本脳炎(回) ・Hib(回)
・四種混合(回)

＊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。

※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。

	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
1 大きな音にビックと手足を伸ばしたり、泣き出すことはありましたか。	はい ・ いいえ	
2 首はすわっていますか。	(はい ・ いいえ)()か月頃	()か月頃
3 あやすとよく笑いますか。	はい ・ いいえ	
4 目つきや目の動きがおかしいのではないかと気になりますか。	いいえ ・ はい	
5 見えない方向から声をかけてみるとそちらの方を見ようとしますか。	はい ・ いいえ	
6 寝返りはできますか。	(はい ・ いいえ)()か月頃	()か月頃
7 ひとりでおすわりはできますか。	(はい ・ いいえ)()か月頃	()か月頃
8 からだのそばにあるおもちゃに手をのばしてつかみますか。	はい ・ いいえ	
9 家族と一緒にいるとき話しかけるような声を出しますか。	はい ・ いいえ	
10 はいはいをしますか。	(はい ・ いいえ)()か月頃	()か月頃
11 何かにつかまれば立っていられますか。	(はい ・ いいえ)()か月頃	()か月頃
12 指で小さい物をつまみますか。	はい ・ いいえ	
13 後追いをしましたか。	はい ・ いいえ	
14 バイバイ、コンニチハなどの身振りを見て真似をしますか。	はい ・ いいえ	
15 つたい歩きをしますか。	(はい ・ いいえ)()か月頃	()か月頃
16 大人の言う簡単な言葉(おいで、ちょうだい など)がわかりますか。	はい ・ いいえ	
17 ひとり歩きをしますか。	(はい ・ いいえ)()歳()か月頃	()歳()か月頃
18 ママ・プープなど意味のある言葉をいくつか話しますか。 *例:()()()()	(はい ・ いいえ)()歳()か月頃	()歳()か月頃
19 スプーンを使って自分で食べようとしますか。	(はい ・ いいえ)()歳()か月頃	()歳()か月頃
20 「～持ってきて」等簡単な指示を理解して行動しますか。	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
21 手を使わずにひとりで階段をのぼれますか。	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
22 クレヨンなどで丸(円)を書きますか。	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
23 走ることができますか。	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
24 2語文(ワンワンキタ・マンマチョウダイ)などを言いますか。	(はい ・ いいえ)()歳()か月頃	()歳()か月頃
25 つみきで塔のようなものを作ったり、横に並べて電車などに見立てて遊ぶことをしますか。	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
26 自分の姓名が言えますか。	(はい ・ いいえ)()歳()か月頃	()歳()か月頃
27 衣服の着脱をひとりでしがりますか。	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
28 ままごと、ヒーローごっこなど、ごっこ遊びができますか。	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
29 自分の経験してきたことをお母さんやお父さんに話しますか。	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
30 片足ケンケンができますか。	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
31 おしっこをひとりでしますか。	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
32 約束やルールを守ってお友達と遊べますか。	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
33 奇声をあげることがあり、心配していますか。	いいえ ・ はい	いいえ ・ はい
34 一か所にじっとしてられないことがあり、心配していますか。	いいえ ・ はい	いいえ ・ はい

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					
	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)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(例:言語、嚥下等)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					