

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. Rows 1-34 covering various developmental milestones like hearing, walking, and communication.

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"> <thead> <tr> <th>1か月児健診</th> <th>3～4か月児健診</th> <th>6～7か月児健診</th> <th>9～10か月児健診</th> <th>1歳6か月児健診</th> <th>3歳児健診</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>健康・要観察・未受診</td> <td>健康・要観察・未受診</td> <td>健康・要観察・未受診</td> <td>健康・要観察・未受診</td> <td>健康・要観察・未受診</td> <td>健康・要観察・未受診</td> </tr> </tbody> </table>	1か月児健診	3～4か月児健診	6～7か月児健診	9～10か月児健診	1歳6か月児健診	3歳児健診	健康・要観察・未受診	健康・要観察・未受診	健康・要観察・未受診	健康・要観察・未受診	健康・要観察・未受診	健康・要観察・未受診	
1か月児健診	3～4か月児健診	6～7か月児健診	9～10か月児健診	1歳6か月児健診	3歳児健診									
健康・要観察・未受診	健康・要観察・未受診	健康・要観察・未受診	健康・要観察・未受診	健康・要観察・未受診	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													