

児童の健康状況調書

年 月 日記入

保護者氏名 _____

児童名 _____ (平成 年 月 日生)

上記児童の状況について該当するものに、○をつけて下さい。

| | | | |
|---|--|--------|--|
| (1)現在の状況 | <input type="checkbox"/> 家庭で(母・父・祖母・祖父)または、別居の(祖父・祖母)が見ている。 <input type="checkbox"/> 認可外保育所(職場託児所を含む)に入所している。(施設名 _____) <input type="checkbox"/> 一時預り保育を利用している。(施設名 _____) <input type="checkbox"/> 母親が仕事をしながらみている。同伴就労 _____ (その他 _____) | | |
| (2)ことば | <input type="checkbox"/> 会話ができる。 <input type="checkbox"/> (単語で・二語文で)話せる。 <input type="checkbox"/> まだ、ことばは理解できない。 | (3)着脱衣 | <input type="checkbox"/> 自分でできる。 <input type="checkbox"/> 簡単なものは自分でできる。 <input type="checkbox"/> 大人にしてもらう。 |
| (4)食 事 | <input type="checkbox"/> 自分で食べることができる。(箸・フォーク・スプーン・手づかみ) <input type="checkbox"/> 大人の助けがあれば食べられる。 <input type="checkbox"/> 食べさせてもらう。 | | |
| (5)排 泄 | <input type="checkbox"/> 大小便とも自分でできる。 <input type="checkbox"/> 自分ではできないが知らせる。 <input type="checkbox"/> 大人の助けがあればできる。 <input type="checkbox"/> おむつを使用している。 | | |
| (6)その他 | 1. アレルギーはありますか? <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (卵・牛乳・小麦・落花生・そば・その他 _____) 2. 現在、治療中・通院中の病気はありますか?また、お薬は飲んでいますか? <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____) 3. 健康診断等で発育・発達で気になるといわれたことはありますか? <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____) 障害者手帳・療育手帳はお持ちですか。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (※コピーを添付してください。) 4. お子様の行動・くせ等または、注意することがありましたらお書きください。 [(こだわりがある・落ち着きがない・かんしゃくをおこす・物を投げるなど)] 5. 入所できなかった場合について <input type="checkbox"/> 希望保育所で空きがでるまで待つ <input type="checkbox"/> 空きのある保育所を検討する <input type="checkbox"/> 育児休暇を延長する <input type="checkbox"/> 一時預り保育を利用する <input type="checkbox"/> きょうだいと別の保育所でも良い | | |
| 保育所入所を希望する理由について、家庭で保育できない状態を詳しくお書きください。 [_____] | | | |

事務担当(確認日 年 月 日 印)

※ 裏面もご記入ください。

(7) 予防接種が済んでいるものに○をつけてください。

児童名

| | |
|--|--|
| ア. 三種・四種混合 | 第1回 済・未 第2回 済・未 第3回 済・未 追加 済・未 |
| イ. B C G (結核) | 済・未 |
| ウ. ポリオ (四種混合を受けた方は該当なし) | 第1回 済・未 第2回 済・未 |
| エ. 麻しん風しん混合 | 第1回 済・未 第2回 済・未 |
| オ. 日本脳炎 | 第1回 済・未 第2回 済・未 追加 済・未 |
| カ. ヒブ (インフルエンザ b 菌) 接種開始 ①7ヶ月未満 () ②7ヶ月～12ヶ月 () ③1歳～5歳 () | 第1回 済・未 第2回 済・未 第3回 済・未 第4回 済・未 ※①は4回接種 ②は3回接種 ③は1回接種 |
| キ. 小児用肺炎球菌 接種開始 ①7ヶ月未満 () ②7ヶ月～12ヶ月 () ③1歳～2歳 () ④2歳～5歳 () | 第1回 済・未 第2回 済・未 第3回 済・未 第4回 済・未 ※①は4回接種 ②は3回接種 ③は2回接種 ④は1回接種 |

※カ. キ. については、接種開始時期の該当する欄の()に○をつけてください。

メモ欄