

児童の健康状況調書

年 月 日記入

保護者氏名 _____

児童名 _____ (_____ 年 月 日生)

上記児童の状況について該当するものに、✓をつけてください。

<p>(1)現在の状況</p>	<p><input type="checkbox"/> 家庭で（母・父・祖母・祖父）又は、別居の（祖父・祖母）が見ている。</p> <p><input type="checkbox"/> 認可外保育施設（職場託児所を含む。）に入所している。（施設名 _____）</p> <p><input type="checkbox"/> 認定こども園の幼稚園部分に入園している。（施設名 _____）</p> <p><input type="checkbox"/> 一時預かり保育を利用している。（施設名 _____）</p> <p><input type="checkbox"/> 母親が仕事をしながらみている。同伴就労（その他 _____）</p>		
<p>(2)ことば</p>	<p><input type="checkbox"/> 会話ができる。</p> <p><input type="checkbox"/> （単語で・二語文で）話せる。</p> <p><input type="checkbox"/> まだ、ことばは理解できない。</p>	<p>(3)着脱衣</p>	<p><input type="checkbox"/> 自分でできる。</p> <p><input type="checkbox"/> 簡単なものは自分でできる。</p> <p><input type="checkbox"/> 大人にしてもらう。</p>
<p>(4)食事</p>	<p><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）</p> <p><input type="checkbox"/> 大人の助けがあれば食べられる。</p> <p><input type="checkbox"/> 食べさせてもらう。</p>		
<p>(5)排泄</p>	<p><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。</p> <p><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。</p>		
<p>(6)その他</p>	<p>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 _____）</p> <p>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（ _____ ）</p> <p>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（ _____ ）</p> <p>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。）</p> <p>4 お子様の行動・くせ等又は、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）]</p> <p>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"/> 一時預かり保育を利用する。 <input type="checkbox"/> きょうだいと別の保育所でも良い。</p>		
<p>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。</p> <p style="font-size: 3em;">[_____]</p>			

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 か月未満 () ②7 か月～12 か月 () 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 か月未満 () ②7 か月～12 か月 () 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

※カ及びキについては、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
