|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 生年月日 | 性　別 |
|  | 令和　　年　　月　　日  平成　　　　（　　　歳） | 男・女 |

**申込児童の**

**健康状況調書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 生育歴について | 出産 | １．妊娠中 | 正常　・　その他（重度のつわり、妊娠高血圧症候群、他　　　　　　　　　） | |
| ２．分娩時 | 正常　・　その他（骨盤位、吸引、帝王切開、他　　　　　　　　　　　　） | |
| ３．出生時 | 正常　・　その他　仮死・酸素使用（　　　日）・保育器（　　　日）  　　　　　　　　早産（　　か月）・強い黄疸・他（　　　　　　） | |
| 体重　（　　　　　ｇ）　　身長（　　　　　　㎝）　　血液型（　　　　型） | |
| 栄養 | １．６か月未満の栄養方法　　母乳・混合・人工（ ミルク名　　　　　　　　　 ）  ２．離乳食の開始　　（満　　か月頃から）　３．歯の生え始めた時期　（　　　　　か月） | | |
| 初期発達 | １．首がすわった時期（　　　か月）　　　　　　　２．お座りができた時期（　　　か月）  ３．ハイハイをした時期（　　　か月）　　　　　　４．１人で歩いた時期（　　　か月）  ５．マンマ、バイバイ等を言いかけた時期　　（　　才　　　か月） | | |
| 気になる行動・くせが  ありますか | | | 無　・　有  有の場合、該当するものに〇をしてください。  ・指すい　・爪噛み・　視線が合わない　・人の話を聞かない  ・奇声を上げる・動きまわる・かんしゃくを起こす・無表情  ・大きな音が嫌い・その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 自立性 | １．食事について | | | ひとりでできる・手伝ってもらう・できない |
| ２．着替えについて | | | ひとりでできる・手伝ってもらう・できない |
| ３．排せつ（トイレ）について | | | オムツを日中はいていますか（　はい・いいえ　）  トイレは…（ひとりでできる・手伝ってもらう・できない） |
| 健康状態 | 1. ひきつけやけいれんを   おこしたことがありますか | | | 回数　　　回・時期　　　才頃  　　原因　熱が出たとき・泣いた時・熱がでなくても起こる |
| ２．視力が気になり  受診したことがありますか | | | 無　・　有（結果　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ３．聴力が気になり  受診したことがありますか | | | 無　・　有（結果　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ４．病気、事故等で  入院したことがありますか | | | 無　・　有（時期　　　　才　頃・病名　　　　　　　　　） |
| ５．既往歴がありますか  　（過去にかかった病気） | | | 無　・　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ６．現在治療中の病気などが  ありますか | | | 無　・　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ７．現在長期（喘息・湿疹・便秘等）で服用している薬はありますか | | | 無　・　有→\*薬名（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  \*いつから（　　年　月から）\*服用時間帯（1日　回 / 朝 ・ 昼 ・ 晩 ） |
| 体質 | １．該当するものに、○をしてください。  　・熱が出やすい　・便秘症（　　日以上）　・風邪をひきやすい　・中耳炎になりやすい  　・ぜんそく　・湿疹　・貧血　・ヘルニア　・吐きやすい　・脱臼しやすい　・下痢しやすい  　・鼻血が出やすい　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| ２．何かアレルギーがありますか | | | 無　・　有（①食物　②薬物　③吸引性（ﾊｳｽﾀﾞｽﾄ、花粉等）  ※**有無にかかわらず、別紙「食物ｱﾚﾙｷﾞｰﾁｪｯｸ票」を記入下さい。** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 食事 | 1. 現在、どんな形態のものを食べていますか 2. ミルクまたは母乳 3. 裏ごし（ペースト状） 4. 舌でつぶせる固さ（豆腐状） 5. 歯ぐきでつぶせる固さ（バナナの固さ） 6. 歯ぐきで噛める固さ 7. 乳歯でつぶせる固さ 8. 大人の一部をつぶして 9. 大人と同じ | | | | |
| 1. 給食で特別な対応が必要ですか | | 無　・　有  ⇒有の場合、具体的に（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 健康診査 | ・３、４か月児健診　（　受けた　・　受けていない　・　これから　）【医療機関名：　　　　　　　】  ・１歳６か月児健診　（　受けた　・　受けていない　・　これから　）  ・２歳３か月健診（歯のすこやか健診）  　　　　　　　　　　（　受けた　・　受けていない　・　これから　）  ・３歳児健診　　　　（　受けた　・　受けていない　・　これから　）  定期健診などで指摘を受けたことがあればご記入ください。  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| その他 | 病気やことば、その他発達について、相談している病院や療育機関（ことばの教室など）はありますか。または、相談したいことがありますか。  病名・症状（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  病院・専門機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | はい　・　いいえ |
| 集団生活は初めてですか | はい　→　保育園、その他（　　　　　　　　　）　・　いいえ | | | |
| かかりつけ医（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 発達の状況（身体・知的・ことばなど）や健康面で気がかりなこと、  保育園等に伝えておきたいことがありましたら具体的にご記入ください。 | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| この用紙を記入した人：　父・母・（　　　　） | | | | 記入した日　：　令和　　　年　　　月　　　日 | |

　同　意　書

子ども達の安全を守り、一人一人の成長発達が促進されるよう、日々の生活に配慮した保育を行っていくことを目的として、

保育施設等への連絡や情報交換を行っていくことに同意いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(※記名押印に代えて署名可)