

健康状態等申告書

記入日 令和 年 月 日

| | |
|-------------|--------------------|
| ふりがな 児童名 | |
| 生年月日 | 年 月 日 (現在 歳 ケ月) |

※二重枠囲みの部分を保護者がご記入のうえ、入園願書とあわせてご提出ください。

| | | | | | | | | |
|------------|--|---|--------------------------------|------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|--|--|
| 出産時 | 妊娠(週)で出産 | 出生体重(g) | | | | | | |
| | 【分娩の経過】 <input type="checkbox"/> 頭位 <input type="checkbox"/> 骨盤位 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | |
| 食事 | ・現在どんな食事をしていますか | <input type="checkbox"/> 普通食 | <input type="checkbox"/> 離乳食 | <input type="checkbox"/> ミルク | <input type="checkbox"/> 混合食 | <input type="checkbox"/> 母乳 | | |
| | ・食べる時何を使っていますか | <input type="checkbox"/> スプーン | <input type="checkbox"/> フォーク | <input type="checkbox"/> はし | <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| 排泄 | □オムツをしている(トイレでの排尿 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) <input type="checkbox"/> オムツは外れている | | | | | | | |
| | □トイレでおしっこができる <input type="checkbox"/> トイレで排便ができる(排便の始末 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) | | | | | | | |
| 睡眠 | ・夜は何時頃寝ますか(時 分頃) | ・朝起きる時間は(時 分頃) | | | | | | |
| | ・現在お昼寝をしていますか | <input type="checkbox"/> している(時~ 時) | <input type="checkbox"/> していない | | | | | |
| 運動 | ・寝る時の癖はありますか | <input type="checkbox"/> ある() | <input type="checkbox"/> ない | | | | | |
| | ・首がすわった時期はいつ頃ですか(ケ月) | <input type="checkbox"/> ねがえりをしたのはいつ頃ですか(ケ月) | | | | | | |
| ことば | ・ハイハイをした時期はいつ頃ですか(ケ月) | <input type="checkbox"/> 歩き始めた時期はいつ頃ですか(ケ月) | | | | | | |
| | ・声を出して笑った時期はいつ頃ですか(ケ月) | | | | | | | |
| 発達・健康の状況など | ・人見知りをした時期はいつ頃ですか(ケ月) | | | | | | | |
| | ・マンマ、ブッブ、ワンワンなどが言えるようになったのはいつですか(歳 ケ月) | | | | | | | |
| 発達・健康 | ・現在どんな言葉を話しますか | | | | | | | |
| | □思った事を自由に話せる <input type="checkbox"/> これはなに?と聞くと「〇〇」と的確に答える □大人の話することはだいたい理解している <input type="checkbox"/> 1から10までの数唱ができる | | | | | | | |
| 発達・健康 | ・身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳のいずれかをお持ちですか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | |
| | ・特別児童扶養手当の支給対象児童になっていますか【児童(扶養)手当とは異なります】 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | |
| 発達・健康 | ・今まで病気で入院したり大きなかがをしたことがありますか 病名・怪我の内容() | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない | | | | | |
| | 現在の治療の状況() | | | | | | | |
| 発達・健康 | ・持病や体質で気になることがありますか 例: 小児喘息・ひきつけ・アトピー・関節が外れやすい・熱性けいれんなど ある場合() | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない | | | | | |
| | 医師からの指導内容() | | | | | | | |
| 発達・健康 | ・通常飲んでいる薬はありますか 種類・服用時間など | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない | | | | | |
| | ・今まで受けた保健所の健診にレ点をつけてください <input type="checkbox"/> (4ヶ月時育児教室) <input type="checkbox"/> 1歳6ヶ月児 <input type="checkbox"/> 2歳6ヶ月児(歯科) <input type="checkbox"/> 3歳7ヶ月児 | | | | | | | |
| 発達・健康 | ・健診で何らかの指導を受けたことがありますか ある場合は、指導内容() その結果どうしましたか() | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない | | | | | |
| | ・子育てで心配していることや困っていることはありますか 例: よく泣く・偏食が多い・かんしゃくを起こす・落ち着きがない・言葉が遅い・視線が合わないなど ある場合() | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない | | | | | |
| 遊び | ・食べ物のアレルギーはありますか ある場合は、品目() 程度 例: 加熱すれば可。完全除去が必要。アナフィラキシー症状を起こしたことがある。など 医師からの指導内容 [] | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない | | | | | |
| | ・食べ物以外のアレルギーはありますか ある場合は、原因 医師からの指導内容 [] | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない | | | | | |
| 遊び | ・友だちと一緒に遊びますか ・どんな遊びが好きですか() | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | |
| | 子どもの性格及び特徴(長所・短所など) | どんな子どもに育てたいと思っていますか | | | | | | |