

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 ヶ月)

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

発 達 ・ 健 康 の 状 況 な ど	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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 ・寝る時の癖はありますか <input type="checkbox"/> ある ( ) <input type="checkbox"/> ない
	運 動	・首がすわった時期はいつ頃ですか( ヶ月) ・ねがえりをしたのはいつ頃ですか( ヶ月) ・ハイハイをした時期はいつ頃ですか( ヶ月) ・歩き始めた時期はいつ頃ですか( ヶ月)
	こ と ば	・声を出して笑った時期はいつ頃ですか( ヶ月) ・人見知りをした時期はいつ頃ですか( ヶ月) ・マンマ、ブップ、ワンワンなどと言えるようになったのはいつですか( 歳 ヶ月) ・現在どんな言葉を使いますか <input type="checkbox"/> 思った事を自由に話せる <input type="checkbox"/> これはなに？と聞くと「○○」と的確に答える <input type="checkbox"/> 大人の話す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
	健 康 の 状 況 な ど	・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
		・今まで病気で入院したり大きなけがをしたことがありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 病名・怪我の内容 ( ) 現在の治療の状況 ( )
		・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 ( )
		・通常飲んでいる薬はありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 種類・服用時間など
		・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
		・健診で何らかの指導を受けたことがありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ある場合は、指導内容 ( ) その結果どうしましたか ( )
		・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 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 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 ( )
		・食べ物のアレルギーはありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 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 [ ]
・食べ物以外のアレルギーはありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ある場合は、原因 医師からの指導内容 [ ]		
遊 び	・友だちと一緒に遊びますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・どんな遊びが好きですか ( )	
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		