

児童の健康状況調書

氏名	男・女	生年月日	平成 令和	年	月	日生（	才）
----	-----	------	----------	---	---	-----	----

下記の質問事項にお答えください。該当するもの全てを○で囲ってください。

妊娠・出産の状況について	
妊娠中の状態	・健康 ・重症のつわり ・中毒症 ・その他（ ）
妊娠期間	妊娠 週
分娩時の状況	・自然分娩 ・吸引 ・帝王切開 ・その他（ ）
出生時の状態	・特別な所見、処置無し ・早産（ 週） ・保育器（ 日） ・仮死 ・酸素使用（ 日） ・その他（ ）
出生時	体重 g
	身長 cm
現在	体重 kg 身長 cm

発達・健康の状況について		
次の項目はそれぞれいつごろからですか。	定期健診について	
	定期健診を受診していますか	はい・いいえ
	受診した医療機関名	
	直近の健診実施日	令和（ 年 月 日） （ 歳 か月健診）
	健診結果	健康・要観察
<ul style="list-style-type: none"> 首がすわる（ ）か月 あやすと笑う（ ）か月 寝返り（ ）か月 お座り（ ）か月 はう（ ）か月 つかまり立ち（ ）か月 歩く（ ）か月 おむつがはずれる（ ）か月 母乳（ ～ ）か月 混合（ ～ ）か月 人工（ ～ ）か月 離乳食開始（ ）か月 	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <p>「要観察」の場合、指摘事項を詳しくご記入ください。</p> </div>	
<p>予防接種を行っているのはどれですか。</p> <p>※1回でも接種したことがあるものには○を付けてください</p> <ul style="list-style-type: none"> 四種混合（三種混合・ポリオ） BCG MR（麻しん・風しん） 日本脳炎 Hib 肺炎球菌 水痘（水ぼうそう） B型肝炎 おたふく A型肝炎 ロタ その他（ ） 	<p>視力が気になって受診したことがありますか。</p> <p>はい・いいえ</p>	
<p>聴力が気になって受診したことがありますか。</p> <p>はい・いいえ</p>	<p>体質・病気について</p> <p>*よくある症状はありますか。（はい・いいえ）</p> <ul style="list-style-type: none"> 熱がでやすい 風邪をひきやすい 便秘症（ 日以上） 下痢をしやすい 吐きやすい 湿疹 その他（ ） <p>*アレルギー体質</p> <ul style="list-style-type: none"> アトピー性皮膚炎 ぜんそく 薬過敏 その他（ ） 	
<p>薬の服用がありますか。</p> <p>はい・いいえ</p> <p>「はい」の場合</p> <p>*薬名（ ）</p> <p>*いつから飲んでいますか。（ 年 月から）</p> <p>*服用する時間帯（1日 回 / 朝・昼・夜）</p>	<p>*今までにかかった病気等がありますか。（はい・いいえ）</p> <ul style="list-style-type: none"> 心臓疾患 中耳炎 脱臼 ヘルニア その他（ ） <p>*「ひきつけ」や「けいれん」を起こしたことがありますか。（はい・いいえ）</p> <p>「はい」の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> *回数（ 回） *時期（ ） *原因 <ul style="list-style-type: none"> 熱（ ℃）が出た時起こる 熱が出なくても起こる 泣いた時起こる 	
<p>話しはじめはいつからですか。</p> <p>《例：ママ・ブーブーなど》</p> <p>〔 才 か月頃 〕</p> <p>お話をできますか。</p> <ul style="list-style-type: none"> 喃語（アーアー）程度 単語程度 2語文 会話のやりとりができる 	<p>*入院したことがありますか。（はい・いいえ）</p> <p>「はい」の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> *病名（ ） *入院期間（ 年 月 日～ 年 月 日） <p>*現在、通院していますか。（はい・いいえ）</p> <p>「はい」の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> *病名（ ） *通院状況（ ） 	
<p>今まで健康・発達上のことで、専門機関に相談や通所したことがありますか。</p> <p>はい・いいえ</p> <p>*「はい」の場合、下記のどの施設ですか。</p> <ul style="list-style-type: none"> 児童相談所 療育センター マザーズホーム 子育て支援センター ひまわり親子教室 たんぽぽ親子教室 ひよこ教室 こども発達相談センター 保健センター 保健師に相談 病院（ 科） その他（ ） 	<p>健康・発達面で心配なことがありましたらご記入ください。</p>	
<p>*どのような相談内容ですか</p> <p>〔 〕</p>		

食物アレルギー調書

- ・ 児童に、現時点で判明している食物アレルギーがありますか。
 はい いいえ 離乳食前であるため不明

- ・ 以下の食材は食べていますか。食べているものにチェックをして下さい。
 卵 牛乳 小麦 大豆 ごま

※ 上記の食材については、保育所等で給食に用いられる頻度が高いです。
そのため、児童が食べていない食材がある場合は、保育所等に入所する前に一度ご家庭で食べていただき、症状が出ないかどうかをご確認ください。

※ 児童に食物アレルギーがある場合は、下記の質問事項にお答え下さい。

《ご注意》

保育所等では、アレルギーの原因となる食材料を取り除いた除去食や代替食を可能な範囲で行っていますが、対応が困難な場合にはお弁当の持参をお願いすることもあります。
一部保育所等ではアレルギー対応していないことがありますので、各保育所等にお問い合わせください。
利用承認後に実施する保育所等での説明会にて、食物アレルギー給食の開始にともなう必要書類(主治医の指示書等)について説明がありますので、児童に食物アレルギーがある場合は説明会時にお申し出ください。
また、保育所等で栄養士や看護師との面談を行っていただきます。

- ① 希望する保育園に相談していますか。(はい ・ いいえ)

- ② 原因となるものは何ですか。

[]

- ③ どのような症状がありますか。(制限食品を食べた時の症状)

例) ぜんそく・かゆみ・湿疹・じんましん・アナフィラキシー・チアノーゼ等

[]

- ④ 食事の制限をしていますか。(はい ・ いいえ)
いつから行っていますか。(歳 か月)

- ⑤ 現在の食事の制限は、医師の診断と指示ですか。(はい ・ いいえ)

*「はい」の場合

*「いいえ」の場合は、どなたの判断ですか。

診断名	
除去食品	
薬	
病院名	
主治医名	
通院状況	

- ・ 保護者
・ その他 ()

《特記事項 記入欄》