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)
-----	-----	------	----------	---	---	-----	----

妊娠・出産の状況について

下記の質問事項にお答えください。該当するもの全てを〇で囲ってください。

 妊娠中の状態	• 健康 • <u>i</u>	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・□	及引 ・帝王切開	その他()		
出生時の状態	・特別な所見、処臓	≝無し • 早産(週)	• 保育器(日)		
山土吋の休息	• 仮死 • 酉	俊素使用(日)	その他()		
出生時	体重		g	現在	体重				kg
叶工机	身長		cm	ガエ	身長				cm
			 康の状況	について					
視力が気になって受診した。	ことがありますか。	はい・ いいえ			定期健診	について			
聴力が気になって受診した。	ことがありますか。	はい・ いいえ	定期健診	を受診しています	すか		はい・い	いえ	
			受診した	医療機関名					
今まで健康・発達上のことで、専門機関に相はい・いいえ			直近の健診実施日						
談や通所したことがあります	すか。	180. 0.0.75						か月健診)	
			健診結果				健康・要	·観察	
*「はい」の場合、下記の	のどの施設ですか。								
児童相談所 ・療育センター	- ・マザーズホー	- ム							\neg
・子育て支援センター ・ひま			「要観察	」の場合、指摘事項	を詳しくご記入	ください。			
- ひよこ教室 ・こども発達体									
・保健師に相談・病院(科)							
• その他 ()								
│ *どのような相談内容で	ミョか	_							
									_
			次の項目はそれぞれいつごろからですか。						
			・首がすわる() か月 ・あやすと笑う() か月						
		J		917る	773			か月	
			・ はう			・つかまり立			
体質	質・病気について		・歩く			おむつがに			
*よくある症状はありますか。	(はい・ いいえ)		- • 母乳			混合(~)か月	
・熱がでやすい ・風邪をひき [*]	やすい ・便秘症(日以上)	人工	(~)か	月	•離乳食開始	à ()か月	
・下痢をしやすい ・吐きやす	ナい・ 湿疹		予防接種を行っているのはどれですか。						
・その他()	※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						
「・アトビ	一性皮膚炎 ・ぜんそ	く・薬過敏	・四種混合(三種混合 ・ ポリオ) ・BCG						
・アレルギー体質 - ・その他 (・MR (麻しん ・ 風しん) ・日本脳炎 ・H i b						
		J	• 肺炎	球菌 · 水痘(水	ぼうそう)	• B型肝炎			
▼ * 今までにかかった病気等		はい・ いいえ)	・おた	ふく ・A型肝炎	ロタ	その他()	
・心臓疾患・中耳炎・脱臼・ヘルニア									
・その他()				1つからです ブーブーなど》			
*「ひきつけ」や「けいれん」を起		gか。(はい・ いいえ	./	"	עיי איי עלווי יעלוי	- <i>J</i> - <i>a</i> c//			
「はい」の場合 *回数(回)			-t.			かり店)	
*時期(少た時 むこと		才 話ができますか 。			か月頃	J	
		こる・泣いた時起こる	""	・喃語(アーアー)程	度・ ・	度			
┃ ┃ * 入院したことがありますか。	-			·2語文 · 会i					
F1111 - 15 A	()							
	`	日~ 年 月			フカル4	tin 声下			
*現在、通院していますか。					その他特	t記事リ			
「はい」の場合 *病名 ()							
*通院状況)							
*薬の服用がありますか。 (
「はい」の場合・来薬名(
	飲んでいますか。(
▮ *服用時間	開 (1日 回 <i>/</i> 朝)	・昼・夜)							

食物アレルギー食等調書

・児童に、現時点で判明している食物ア□ はい □ いいえ □	
・以下の食材は食べていますか。 <u>食べてし</u>	
※ 上記の食材については、保育所等で給食に用いられる そのため、児童が食べていない食材がある場合は、保 症状が出ないかどうかをご確認ください。	
・児童に、宗教上食べられない食物はあり □ はい □ いいえ ⇒ (
※ 児童に食物アレルギーがある、宗教上食べられない 《ご注意》	食物がある場合は、下記の質問事項にお答え下さい。
保育所等では、アレルギーの原因となる食材料や宗教 囲で行っていますが、対応が困難な場合にはお弁当の持 一部保育所等ではアレルギーや宗教食対応していない	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。 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) ある場合は説明会時にお申し出ください。
① 希望する保育園に相談していますか。(はい以下、食物アレルギーがある場合	・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。(制限食品を食べ例) ぜんそく・かゆみ・湿疹・じんましん・アナフ	
④ 食事の制限をしていますか。 (はい ・ い いつから行っていますか。 (歳	いえ) 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」の場合	v。(はい ・ いいえ) *「いいえ」の場合は、どなたの判断ですか。
診断名	• 保護者
除去食品	• その他 ()
薬	
病院名	
主治医名	
通院状況	
≪特記事項 記入欄≫	