

健康状況等調査票

記入例

お子さんの母子健康手帳を参考に、あてはまる項目に☑チェックまたは記入してください。

保育所に入所されるお子様の大切な命を守るために必要な情報になりますので、ありのままをご記入ください。

記入日	令和 4 年 11 月 1 日	児童氏名	一関 次郎 (1 歳 6 か月)
・出生の体重 <u>2.860</u> g		・妊娠期間 <u>40</u> 週	
・首のすわり <input checked="" type="checkbox"/> 4 か月頃から <input type="checkbox"/> これから		・歩行開始 <input checked="" type="checkbox"/> 1 歳 2 か月頃から <input type="checkbox"/> これから	
・かかごも教室等に通ったことがありますか		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
・身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳 いずれかをお持ちですか？		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
・けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい 時期: <u>1</u> 歳 <u>0</u> か月頃から 回数: <u>2</u> 回 原因(診断名): (<u>熱性けいれん</u>) 状況: <input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療を受けていない			
・アレルギー検査を行ったことがありますか		・アレルギーはありましたか	
<input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい (_____ 年 _____ 月頃)		<input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい (<u>スギ、ハウスダスト、卵</u>)	
・今までに食物によるアレルギー反応がでたことがありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい アレルゲン: (<u>卵</u>) 医師から除去食の指示がありますか: <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
・現在、治療・通院していますか <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい 時期: <u>0</u> 歳 <u>6</u> か月頃から 傷病名: (<u>アトピー性皮膚炎</u>) 医療機関: (<u>●●皮膚科</u>) 通院状況: 年 _____ 回・月 <u>1</u> 回・週 _____ 回・不定期 現在の状況: (<u>薬を塗ることにより、症状は安定している</u>)			
・現在、服薬している薬はありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい (<u>朝 昼 晩</u>) 薬名: (<u>●●軟膏</u>) 服薬理由: (<u>肌が荒れやすく、医師からこまめに薬を塗るよう指導されているため</u>) 園への投薬依頼: <input checked="" type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要			
・入院、手術をするなど大きな病気にかかったことがありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい 時期: <u>0</u> 歳 <u>10</u> か月頃 病名: (<u>RSウイルス</u>) 状況: <input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療継続中			
・乳幼児健診の受診状況を教えてください ▶3~4か月児健診 (<input checked="" type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診) ▶9~10か月児相談 (<input checked="" type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診) ▶1歳6か月児健診 (<input checked="" type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診) ▶2歳6か月児歯科健診 (<input type="checkbox"/> 受診 <input checked="" type="checkbox"/> 未受診) ▶3歳児健診 (<input type="checkbox"/> 受診 <input checked="" type="checkbox"/> 未受診)		・乳幼児健診等で医師等から指導・助言などされたことがあればご記入ください <u>低体重のため保健師に栄養指導を受けたが、現在は平均体重になっている</u>	
・子育てで心配していることや困っていること、相談している機関(発達支援相談、市保健師など)はありますか <u>発話が遅く、発達支援相談を受けたことがある</u>			
・医療的ケアの要否※医療的ケアとは経管栄養(経鼻・胃ろう)、導尿、インスリン注射など日常的に医療行為を必要とする場合をいいます。 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 医療的ケアの種類: (_____)			
その他、入園後の生活や健康、発達、行動面など保育をする上で気を付けてほしい点をご記入ください。			

健康状況等調査票について、虚偽が判明した場合には、内定の取消または退所になることに同意します。また、保育所等の入所調整にあたり、児童の健康状態について、利用希望の保育所等に情報を提供することに同意します。

保護者名 一関 一郎

○家庭の状況についてご記入ください。

		父			母		
父母の状況	家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親世帯 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 / 年 月 日(頃)から <input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の世帯					
	1月1日時点の住所	R4.1.1時点の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 一関市 <input type="checkbox"/> 市外: (都道府県 市区町村)		R4.1.1時点の住所	<input type="checkbox"/> 一関市 <input checked="" type="checkbox"/> 市外: (岩手 都道府県 ●●●● 〇 市区町村)	
		R5.1.1時点の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 一関市 <input type="checkbox"/> 市外: (都道府県 市区町村)		R5.1.1時点の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 一関市 <input type="checkbox"/> 市外: (都道府県 市区町村)	
	(就労の場合)園から職場への移動時間	第1希望 30 分	第2希望 20 分	第3希望 分	第1希望 分	第2希望 分	第3希望 分
	(求職活動の場合)求職活動の状況	<input type="checkbox"/> 現在、求職活動を行っている <input type="checkbox"/> ハローワーク等で求職活動を行っている <input type="checkbox"/> 自宅でインターネット等で求人情報を確認している <input type="checkbox"/> 保育所等への入所が決まってから求職活動を始める			<input checked="" type="checkbox"/> 現在、求職活動を行っている <input type="checkbox"/> ハローワーク等で求職活動を行っている <input checked="" type="checkbox"/> 自宅でインターネット等で求人情報を確認している <input type="checkbox"/> 保育所等への入所が決まってから求職活動を始める		
祖父母の状況	祖父	氏名	一関 関男 (▲▲ 歳)		千厩 千男 (▲▲ 歳)		
		住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居: (都道府県 市区町村)		<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居: (宮城 都道府県 ●●●● 〇 市区町村)		
		就労状況	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 (<input checked="" type="checkbox"/> 外勤 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 農業) <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 無職		<input type="checkbox"/> 就労 (<input type="checkbox"/> 外勤 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 農業) <input type="checkbox"/> 求職活動 <input checked="" type="checkbox"/> 無職		
	祖母	氏名	一関 関子 (▲▲ 歳)		千厩 千子 (▲▲ 歳)		
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居: (都道府県 市区町村)		<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居: (宮城 都道府県 ●●●● 〇 市区町村)			
	就労状況	<input type="checkbox"/> 就労 (<input type="checkbox"/> 外勤 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 農業) <input type="checkbox"/> 求職活動 <input checked="" type="checkbox"/> 無職		<input checked="" type="checkbox"/> 就労 (<input type="checkbox"/> 外勤 <input type="checkbox"/> 自営 <input checked="" type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 農業) <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 無職			
身体状況	<input checked="" type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 介護		<input checked="" type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 介護				
きょうだい同時申込時の希望		※「令和5年度入園調査について」裏面を確認の上、希望の番号を右欄に記入してください。			<input checked="" type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ⑤の場合 ()		
その他の事項	* 現在のお子さんの状況について						
	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅で保育 (<input type="checkbox"/> 父 <input checked="" type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父方祖父母 <input type="checkbox"/> 母方祖父母) <input type="checkbox"/> 保育施設等を利用している (施設名:) <input type="checkbox"/> 親族(続柄:)に預けている <input type="checkbox"/> 就労先に同伴している <input type="checkbox"/> その他()						
	* 入所できなかった場合の対応について						
	<input type="checkbox"/> 自宅で保育 (<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母) <input type="checkbox"/> 保育施設等を利用する(施設名:) <input checked="" type="checkbox"/> 職場復帰する ⇒子どもは、 <input checked="" type="checkbox"/> 父方祖父母に預ける <input type="checkbox"/> 母方祖父母に預ける <input type="checkbox"/> 就労先に同伴する <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 育児休業を延長する(令和 年 月 日まで延長可能)						
	* 家計の主宰者(生計維持者)について						
	<input checked="" type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他()						
* 連絡先(日中連絡がつく電話番号を記入してください。)							
TEL: 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		父		携帯・自宅			
TEL: 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		母		携帯・自宅			
TEL: △△△△-△△-△△△△		他()		携帯・自宅・他()			
* 保育を希望する利用時間について							
利用曜日	月 曜日から 金 曜日		利用時間	午前7時から 午後5時			

きょうだい同時に申し込む場合、「保育所等入園案内」のP10を参照の上、希望の番号をご記入ください