

# 健康状況等調査票

こども誰でも通園制度用

お子様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。  
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 | 年 | 月  | 日 | 児童氏名 | ( 歳 か月) |
|---|----|---|--|---|------|---------|
| ・出生の体重 _____g   |    |   | ・妊娠期間 _____ 週  |   |      |         |
| ・首のすわり <input type="checkbox"/> か月頃から <input type="checkbox"/> これから   |    |   | ・歩行開始 <input type="checkbox"/> 歳 か月頃から <input type="checkbox"/> これから |   |      |         |
| ・かかるとも教室等に通ったことがありますか   |    |   | <input type="checkbox"/> はい <input 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<br>いずれかをお持ちですか？   |    |   | <input type="checkbox"/> はい <input 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<br><input type="checkbox"/> いいえ<br><input type="checkbox"/> はい<br>時期: _____ 歳 _____ か月頃から 回数: _____ 回<br>原因(診断名): ( _____ ) 状況: <input 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<br><input type="checkbox"/> はい( _____ 年 _____ 月頃)  |    |   | <input type="checkbox"/> いいえ<br><input type="checkbox"/> はい( _____ ) |   |      |         |
| ・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<br><input type="checkbox"/> いいえ<br><input type="checkbox"/> はい アレルゲン: ( _____ ) 医師から除去食の指示がありますか: <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ   |    |   |  |   |      |         |
| ・現在、治療・通院していますか<br><input type="checkbox"/> いいえ<br><input type="checkbox"/> はい<br>時期: _____ 歳 _____ か月頃から 傷病名: ( _____ )<br>医療機関: ( _____ ) 通院状況: 年 _____ 回・月 _____ 回・週 _____ 回・不定期<br>現在の状況: ( _____ )   |    |   |  |   |      |         |
| ・現在、服薬している薬はありますか<br><input type="checkbox"/> いいえ<br><input type="checkbox"/> はい (朝・昼・晩)<br>薬名: ( _____ ) 服薬理由: ( _____ )<br>園への投薬依頼: <input 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<br><input type="checkbox"/> いいえ<br><input type="checkbox"/> はい<br>時期: _____ 歳 _____ か月頃 病名: ( _____ )<br>状況: <input 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   |    |   | ・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                                |   |      |         |
| ▶3~4か月児健診 ( <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診)<br>▶9~10か月児相談 ( <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診)<br>▶1歳6か月児健診 ( <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診)<br>▶2歳6か月児歯科健診 ( <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診) |    |   |  |   |      |         |
| ・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   |    |   |  |   |      |         |
| ・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。<br><input type="checkbox"/> 不要<br><input type="checkbox"/> 必要 医療的ケアの種類: ( _____ )  |    |   |  |   |      |         |
| その他、園での生活や健康、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、利用承認が取消になることに同意します。また、本調査票の記入内容について、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。

保護者署名 \_\_\_\_\_