

子どもの状況 (0・1・2 歳児) ※利用日時点で、0・1・2 歳児対象 年 月 日

◆安全に保育を実施するため、お子さんの健康状態を確認させていただくものです。少しでもお子さんの気になる点があれば、必ずご記入ください。

児童名	(男・女)		記入者名		続柄	
生年月日	年 月 日生 (歳 か月)		現在の身長・体重	() cm	() kg	
在胎期間	() 週	出生時体重	() g	出産時の状況	普通・帝王切開・その他 ()	

◆保健センターでの乳幼児健診を受診しましたか。

(受診済の健診欄に☑をつけ、運動面や言葉の発達面などで指摘された事項があれば、記入してください)

- 4 か月健診 指摘事項 無 ・ 有 ()
- 1 歳 6 か月健診 指摘事項 無 ・ 有 ()
- 未受診 (次回 月 日に健診予定)

◆【身体・発育について】 あてはまる答に○または☑をつけてください

身体の発達について心配なことがありますか (ない ある)

→「ある」とされた場合、下欄に具体的に記入してください

(例) きこえにくい よく転ぶ ことばが遅い 落ち着きがない など)

- 1 首がすわっていますか はい (か月頃から) いいえ
- 2 寝返りをしますか はい (か月頃から) いいえ
- 3 ひとりでのおすわりしてあそびますか はい (か月頃から) いいえ
- 4 2～3 歩以上歩くことができますか はい いいえ
- 5 簡単な指示 (おいで、ちょうだいなど) がわかりますか はい いいえ
- 6 マンマ、ブーブー、パパ等のようなことばを話しますか はい いいえ
- 7 二語文 (ワンワン キタ、マンマ チョウダイ) など言えますか はい いいえ

◆【健康について】

- 1 けいれん発作を起こすことがありますか (ある ない)

→「ある」とされた場合、いつごろありましたか ()

- 2 今までにかかった大きな病気はありますか (ある ない)

→「ある」とされた場合、(病名)

- 3 現在お医者さんに通院していますか。また、訓練機関等に通園していますか

- はい (病名)
(病院または訓練機関名)

受診期間 _____ 年 _____ 月から 受診頻度 _____ 回 / _____ か月または _____ 週

- いいえ

- 4 お薬を飲んでいますか

- はい (薬名 _____) 服薬期間 _____ 年 _____ 月から
- いいえ (用途・効能等 _____)

- 5 子どもさん自身が以下の手帳・手当等を受けている場合は、該当項目に☑をし、等級等を記入してください

- 特別児童扶養手当 () 級 療育手帳 () 身体障害者手帳 () 級

※裏面に続く

裏面

◆【食事について】

1 食事について心配なことがありますか (ない ある)

→「ある」とされた場合、下欄に具体的に記入してください (例 偏食がある 少食である など)

2 アトピー性皮膚炎やアレルギーはありますか (ある ない)

→2で「ある」とされた場合

① 除去食品名 【該当箇所「○」をご記入ください】

< 卵 ・ 牛乳 ・ 小麦 ・ 大豆 ・ 米 ・ その他 () ・ 特になし >

② その食品を食べた場合の症状と対応

症状 (例：アナフィラキシー症候群・かゆみ・湿疹・じんま疹・ぜんそくの症状がでるなど)

対応 (例：エピペンを処方する・薬を塗る・内服する・受診するなど)

③ 現在、アトピー性皮膚炎やアレルギーのことで医療機関にかかっていますか

はい (病院名『 _____ 』)

いいえ

→「はい」とされた場合、薬の処方がありますか

ある

ない

→「ある」とされた場合の常用の薬品について

薬品名 (常用)	服用または塗る時間帯				
	朝	昼	夕方	就寝前	注意事項 (食前など)
1.					
2.					
3.					

その他 (症状が出た時に服用または塗る薬品、吸入、注射など)

(_____)

利用が決定した際には、本表に記載された事項を当該施設に情報提供することに同意します。

____年____月____日

氏名 _____