

健康調査書

お子様の健康状態について記入してください

記入日 令和 年 月 日

児童名		出生時	体重____g	現在	体重____kg/身長____cm
-----	--	-----	---------	----	-------------------

1 健康状態について

(1) 乳幼児健康診査を受けましたか。

☐ 受けた

☐ 4か月 ☐ 8, 9か月 ☐ 1歳6か月 ☐ 2歳6か月(歯科) ☐ 3歳6か月

☐ 受けてない

(2) 健康診査時に指導や事後フォローがありましたか。

☐ ない

☐ ある〔____歳____か月の健診時に ☐ 発達の遅れ ☐ 身体的なもの〕
具体的な内容 ()

(3) 体質について

☐ 熱が出やすい ☐ 風を引きやすい ☐ 下痢・嘔吐しやすい ☐ 湿疹がでやすい

☐ 特になし

2 現在、または過去に定期的な通院及び入院をしていたことがありますか。

☐ ない

☐ ある 通院回数____歳____か月ころ ~ (週・月・年____回)(検査年____回)

入院期間 平成____年____月____日~平成____年____月____日

医療機関名 ()

症 状 等 ()

3 現在、持病等がありますか。(風疹、はしか等の一時的なものは除く。)

☐ ない

☐ ある ☐ ぜんそく ☐ てんかん ☐ 熱性けいれん ☐ 心臓病 ☐ アトピー

☐ アレルギー

※〔牛乳・卵・小麦・甲殻類(えび・かに)・果物類・そば・その他()〕

☐ その他

発症日 ____年____月____日

発症した状況と具体的な症状 ()

※ 食物アレルギーがある場合には、食物アレルギー調査票も提出してください。

4 現在、服薬をしていますか。(風邪薬等、一時的な処方除く)

☐ していない

☐ している 1日()回、 朝・昼・夜・発作時・その他()

薬 の内容または名称 ()

※ 保育所等での服薬は原則お断りしていますが、どうしても必要な場合はご相談ください。

5 障害者（身体・療育）手帳の有無

☐ ない ☐ ある { ☐ 身体____級 障害名(}
☐ 療育 A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2

6 通園施設（児童デイサービス等）への通園の有無

☐ ない ☐ ある { 施設名（ たんぽぽ ・ ひよこ ・ その他____ ）
通園状況____歳____か月から開始 週 ・ 月____回
訓練内容（ }

7 生成歴について

(1) 出生時の状況

☐ 安産 ☐ 難産 ☐ 帝王切開 ☐ 吸引 ☐ 早産(____か月) ☐ 未熟児 ☐ その他

(2) 現在の栄養状況

☐ 母乳 ☐ 人口 ☐ 混合 ☐ 離乳食(現在)____回/日食 ☐ 普通 ☐ その他

(3) 家庭での除去食対応

☐ 除去はしていない

☐ 除去【①理由: ☐ 食物アレルギー ☐ その他(____) 、②食物:(____)】

(4) 保育所での除去食対応

☐ 必要ない

☐ 必要【☐ 入所希望児童が入所希望保育所で除去食対応が可能か確認し、理解している】

※ 除去内容によっては、対応できない場合もあります。確認していない場合は、必ず希望の保育所に確認してください。確認せず申請した場合は、入所できないことがあります。

8 発達について

(1) 発達について

① 首のすわり : ____か月 ② 寝返り : ____か月 ③ ひとり歩き ____歳 ____か月

(2) 言葉について

☐ 名前を呼ばれるとわかる ☐ 発声 ☐ 単語 ☐ 二語文

☐ なんでも話せる。 { ① その場にあったやりとりができますか。 はい ・ いいえ
② 人の言うことが理解できますか。 はい ・ いいえ }

9 生活状況について

(1) 排泄について ☐ 1人でできる ☐ 介助が必要 ☐ オムツ必要(紙 ・ 布)

(2) 着脱について ☐ 1人でできる ☐ 介助が必要

10 子育てについて不安や相談したいことがあれば記入してください。

[]

※ 入所・入園希望児に食物アレルギーがない場合は提出不要です。

食物アレルギー調査票

記入日 令和 年 月 日

児 童 名		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	年 月 日生（現在 歳 か月）	第 子	
1 家族に食物アレルギーの人がいますか？ ☐ いない ☐ いる（ 父 ・ 母 ・ 兄弟 ・ 姉妹 ・ 祖父 ・ 祖母 ）			
2 アレルギー反応は、いつ頃、どの部分に、どのような症状であられましたか？ ・ いつ （ ） 歳頃 ・ どこに ☐ 顔面 ☐ 手 ・ 足のくびれ ☐ 胸部 ・ 腹部 ☐ 身体全身 ☐ その他（ ） ・ そのような症状であられますか？			
3 原因はどのような食べ物でしたか？ ☐ 牛乳 ・ 乳製品 ☐ 卵 ☐ 小麦 ☐ 甲殻類（えび・かに） ☐ 果物（ ） ☐ そば ☐ その他（ ）			
4 現在は、何をどのくらい食べると発症しますか？			
5 現在は、どの部分に、どのような症状があらわれますか？ ・ どこに ☐ 顔面 ☐ 手 ・ 足のくびれ ☐ 胸部 ・ 腹部 ☐ 身体全身 ☐ その他（ ） ・ どのような症状であられましたか？			
6 このことで医師に相談したことがありますか？ ☐ ない ☐ ある 病院名（ ）			
7 6で『ある』と答えた場合 ・ 食事に関して医師の指導はどのようなことでしたか？ ・ 通院の状況はどうですか？ ・ 現在、服薬をしていますか？ ☐ してない ☐ している／薬の内容（ ） ・ 自己注射が可能な「エピペン®」（エピネフリン自己注射薬）を処方されていますか？ ☐ されていない ☐ されている			
8 6で『ない』と答えた場合 ・ 家庭ではどのように対応していますか？			
9 保育所生活で特に注意することがありますか？			
10 給食等の個別対応について ☐ 必要なし ☐ 必要あり ※ 除去食などの個別対応が必要な場合は、医師記載の生活管理指導表等（市指定書式あり）の提出が必要です。			

※ 個別対応が必要な場合、事前に入所希望の保育所で対応可能かしっかりと確認してください。