

健康状況調書

記入日: 令和 年 月 日現在

フリガナ		性 別	生年月日	令和 年 月 日
児童氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身長体重	身長 (cm) 体重 (kg)

※該当する口に✓及び記入をしてください。該当箇所がある際には、各項目に詳細を記入してください。

出生時の状況	在胎週数(週) 身長(cm) 体重(g)	
	【生まれた時の状況】 <input type="checkbox"/> 普通分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 吸引分娩	
	<input type="checkbox"/> 早産(週) <input type="checkbox"/> 保育器(日) <input type="checkbox"/> 酸素利用(日) <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> 骨盤位 <input type="checkbox"/> 強い黄疸 <input type="checkbox"/> その他(病名等:)	
保育の状況	【日中の保育状況】 <input type="checkbox"/> 保育施設に預けている <input type="checkbox"/> 保護者が保育 <input type="checkbox"/> 保護者以外の人が保育(続柄等:) <input type="checkbox"/> その他()	
	【前預け先】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 施設名() 利用期間(年 月 日 ~ 年 月 日)	
自立性	①食事について <input type="checkbox"/> 一人で食べられる <input type="checkbox"/> 食べようとするが手伝いが必要 <input type="checkbox"/> 食べさせてもらう	
	②着替えについて <input type="checkbox"/> ひとりで着替えられる <input type="checkbox"/> 着替えようとするが手伝いが必要 <input type="checkbox"/> ひとりでできない	
	③排泄について <input type="checkbox"/> ひとりでトイレができる <input type="checkbox"/> 手伝いがあればトイレができる <input type="checkbox"/> ひとりでトイレができない <input type="checkbox"/> おむつ	
体質等について	①現在治療中または定期的に通院している病気等がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい いつから: <input type="checkbox"/> 出生時 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 病名: 通院先の病院名: 通院頻度:
	②現在使用している薬はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい いつから: 令和 年 月 使用: 1日 回 (時・ 時・ 時) <input type="checkbox"/> 頓服 薬の種類: <input type="checkbox"/> 飲み薬 <input type="checkbox"/> 塗り薬 <input type="checkbox"/> その他() 薬の用途: 薬の名前: 保育所での使用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	③アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 種類: 症状: いつから: 令和 年 月 家庭での対応: 園での対応希望:
	④アドレナリン自己注射薬(エピペン)の処方がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
	⑤緊急時服用薬の処方がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬の名前:)
	⑥かかりやすい病気や慢性疾患等がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 熱が出やすい <input type="checkbox"/> 鼻水が出やすい <input type="checkbox"/> 咳で嘔吐しやすい <input type="checkbox"/> 便秘がち <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> その他()
	⑦けいれんやひきつけの経験はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (時期や症状:)
食事	①授乳中ですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> ミルク / (1日 回・1回 ml)
	②どのような形態のものを食べていますか	<input type="checkbox"/> 大人と同じ <input type="checkbox"/> 乳歯でつぶせる固さ <input type="checkbox"/> 歯茎で噛める固さ <input type="checkbox"/> 歯茎でつぶせる固さ(バナナ状) <input type="checkbox"/> 舌でつぶせる固さ(豆腐状) <input type="checkbox"/> 裏ごし(ペースト状)

※該当する口に✓及び記入をしてください。該当箇所がある際には、各項目に詳細を記入してください。

発 達 状 況	共 通 項 目	首がすわった時期	歳 月 日	<input type="checkbox"/> まだ	
		寝返りをした時期	歳 月 日	<input type="checkbox"/> まだ	
		一人座りができるようになった時期	歳 月 日	<input type="checkbox"/> まだ	
		這いずりができるようになった時期	歳 月 日	<input type="checkbox"/> まだ	
		つかまり立ちができるようになった時期	歳 月 日	<input type="checkbox"/> まだ	
		歩き始めた時期	歳 月 日	<input type="checkbox"/> まだ	
		受診した健康診査はありますか	<input type="checkbox"/> 1か月 <input type="checkbox"/> 3-6か月 <input type="checkbox"/> 9-11か月 <input type="checkbox"/> 1歳半 <input type="checkbox"/> 2歳 <input type="checkbox"/> 3歳		
		そのとき、何か指導はありましたか	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（指導内容：_____）		
	0 歳・ 1 歳 の 児 童	あやすと笑いますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
		見えない方向から声をかけてみるとそちらの方を見ようとしますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
		大人の言う簡単な言葉がわかりますか（おいで、ちょうだいなど）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
		意味のある言葉をいくつか話しますか（ママ、ブーブーなど）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
		簡単な指示を理解できますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
		2 歳 以 上 の 児 童	名前を呼ばれたら返事しますか（呼ばれたことが分かり反応する）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
			後追いをしますか（しましたか）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
			意味のある単語を話しますか（物の名称など）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
			話しかけられた人と目を合わせますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
			簡単な指示を理解できますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
			危険な行為を、大人の表情や簡単な言葉がけでやめることができますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
			あいさつ・返事など生活や遊びに必要な言葉を使えますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
ほかの子どもや周囲に関心を示しますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
理由なく突然たいたり、かみついたり奇声をあげたりしますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい				
生活に支障をきたす程、特定のことにこだわりますか （数字・図形・水遊び・食べ物・回るものなど）	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい				
次のことを極端に嫌がりますか（人に触れられる・大きな音など）	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい				
そ の 他	①心身、言語等の発達において気になることがありますか 気になる内容：_____	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
	②①について、相談している病院や専門機関はありますか 病名や症状：_____ 病院名、施設名：_____	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
	③医療的ケアを受けていますか 病名や症状、ケア内容：_____ 在園時間中に医療的ケアの利用 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 内容（_____） ※必要な場合は、手続きに時間がかかる場合がありますのでご了承ください。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
	④除去食対応が必要な食べ物（アレルギー以外）はありますか 該当する食べ物： <input type="checkbox"/> 肉（ <input type="checkbox"/> 豚 <input type="checkbox"/> 牛 <input type="checkbox"/> 鶏 <input type="checkbox"/> その他（_____） <input type="checkbox"/> 魚介（_____） <input type="checkbox"/> その他（_____）	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
	⑤お母さんについて、現在妊娠中ですか（出産予定日：令和_____年_____月_____日）	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
発達の状況（身体・言葉・知的等）や健康面で保育所（園）に伝えておきたいことがありましたら、記入してください （例：集団生活を送る中で配慮することや、保育所（園）で対応してほしいことなど） _____ _____ _____					
入所希望の保育所に本調書の内容について面談・相談等していますか ※発育・発達に関することや気になること等がある場合はお子さん同伴で見学・面談等を行ってください				<input type="checkbox"/> 相談済 <input type="checkbox"/> 見学のみ済 <input type="checkbox"/> 未見学	
記入者氏名： _____（児童との関係： _____）					