

健康状況調書		フリガナ	生年月日	平成・令和 年 月 日
		児童氏名	年齢等	記入日時点( 歳 力月) 身長( cm)体重( g)
【記入日】 令和 年 月 日				
※該当する□に✓及び記入をしてください。				
保育の状況	日中の保育状況 □保育施設に預けている □保護者が保育 □保護者以外の人( )が保育 □その他( )			
	前預け先 □有 □無 施設名( ) 利用期間( 年 月 日 ~ 年 月 日)			
出生時の状況	在胎週数( 週) 身長( cm) 体重( g)			
	生まれたときの状況 ※当てはまるもの全てに☑ □普通分娩 □帝王切開 □吸引分娩 □早産( か月) □仮死 □骨盤位 □酸素使用 □強い黄疸 □その他(病名等: )			
自立性	①食事について	□ひとりで食べられる □食べようとするが手伝いが必要 □食べさせてもらう		
	②着替えについて	□ひとりで着替えられる □着替えようとするが手伝いが必要 □ひとりでできない		
	③排泄(トイレ)について	□ひとりでトイレができる □手伝いがあればトイレができる □ひとりでトイレができない □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	□ない □ある ・いつから( 出生時 ・ 年 月( 歳)) ・病名: ・通院頻度: ・通院している病院名:		
	②現在使用している薬はありますか	□ない □ある ・いつから: 年 月( 歳) ・使用: 1日 回 ・使用時間 時 ・ 時 ・ 時 ・頓服 ・薬の種類: 飲み薬 ・ 塗り薬 ・ その他( ) ・薬の用途: ・薬の名前: ・保育所での使用: □なし □あり		
	③アレルギーはありますか	□ない □ある ( 原因: 症状: 直近診断日: 家庭での対応: 園での対処法: )		
	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	□ない □ある		
	⑤緊急時服用薬の処方がありますか	□ない ・ □ある( )		
	⑥かかりやすい病気や慢性疾患等がありますか	□ない □熱が出やすい □鼻水が出やすい □咳で嘔吐しやすい □便秘がち □下痢をしやすい □湿疹 □ぜんそく □その他( )		
	⑦けいれんやひきつけの経験はありますか	□ない ・ □ある(時期や症状:		
食事	①授乳中ですか	□いいえ □はい ⇒ □母乳 ・ □混合 ・ □ミルク		
	②どのような形態のものを食べていますか	□大人と同じ □乳歯でつぶせる固さ □歯茎で噛める固さ □歯茎でつぶせる固さ(バナナ状) □舌でつぶせる固さ(豆腐状) □裏ごし(ペースト状)		

お子さんの発達について教えてください ※発達の時期は目安で、個人差があります。

お子さんの様子 (該当する年齢欄□に✓をしてください)	共通項目	首がすわった時期	<input type="checkbox"/> 歳	か月頃	<input type="checkbox"/> まだ	
		寝返りをした時期	<input type="checkbox"/> 歳	か月頃	<input type="checkbox"/> まだ	
		一人座りができるようになった時期	<input type="checkbox"/> 歳	か月頃	<input type="checkbox"/> まだ	
		這いずりができるようになった時期	<input type="checkbox"/> 歳	か月頃	<input type="checkbox"/> まだ	
		つかまり立ちができるようになった時期	<input type="checkbox"/> 歳	か月頃	<input type="checkbox"/> まだ	
		歩き始めた時期	<input type="checkbox"/> 歳	か月頃	<input type="checkbox"/> まだ	
		受診した健康診査(あてはまるものに○)	1か月・3-4か月・6-7か月・9-10か月・1歳児・1歳半・3歳児			
		そのとき、何か指導はありましたか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 指導内容:			
	0歳・1歳	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・3歳・4歳・5歳	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				
その他	①心身、言語等の発達につ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( ) ・病院や専門機関名( )	<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が( <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要→ケア内容( ) ) →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お母さんについて、現在妊娠中ですか (出産予定日: 年 月 日)	<input type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい				
	⑤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→肉(豚・牛・鶏・その他( ))、魚介( ) その他( )	<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)						
<hr/> <hr/> <hr/>						
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 →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 _____ )						