

児童健康状況等申告書

年 月 日記入

ふりがな			生年月日		平 熱
児童氏名		男 ・ 女	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日生	度
住 所	〒				
ふりがな		続柄	電話番号		続柄 電話番号
保護者氏名	①			②	

() 内に記入および該当するものに☑をつけてください。

出産	分娩	<input type="checkbox"/> 安産 <input type="checkbox"/> 難産()			出生時体重()g
発育	首がすわる()か月	寝返り()か月	お座り()か月	はいはい()か月	
	つかまり立ち()か月	独り立ち()か月	歩行()か月	始語()か月	
乳幼児健診	乳幼児検診は受けていますか？ <input type="checkbox"/> 受けた (受診したものにチェックしてください) <input type="checkbox"/> 1か月 <input type="checkbox"/> 3、4か月 <input type="checkbox"/> 6、7か月 <input type="checkbox"/> 9、10か月 <input type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 2歳 <input type="checkbox"/> 3歳 <input type="checkbox"/> 受けていない				
予防接種	予防接種は受けていますか？ <input type="checkbox"/> 受けた (接種したものにチェックし、回数を記入してください) <input type="checkbox"/> ロタウイルス (回) <input type="checkbox"/> Hib (回) <input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 (回) <input type="checkbox"/> B型肝炎 (回) <input type="checkbox"/> 四種混合 (回) <input type="checkbox"/> 風しん・麻しん (回) <input type="checkbox"/> BCG (回) <input type="checkbox"/> 水痘 (回) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 (回) <input type="checkbox"/> 受けていない				
障 発が 違い 状・ 況	健診時または医療機関から身体や発達等について指導や指摘をされたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → 内容： 手帳の有無： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 取得日、等級 () 配慮の必要な事項：				
通院・入院歴	大きな病気をしたことはありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → 病名等： 病院名： いつ頃： 年 月 日 服薬： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 1日 回 (朝・昼・夜) 手術歴： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 状況： <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 通院継続 <input type="checkbox"/> 経過観察 配慮の必要な事項：				
病 癖 及 び 体 質	ひきつけ、けいれんを起こしたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → 回数： 回 時期や状況等：				
	<input type="checkbox"/> 鼻血 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 目・鼻・耳の疾患 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢症 <input type="checkbox"/> ヘルニア <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> 脱臼 (部位) <input type="checkbox"/> アレルギー () <input type="checkbox"/> その他 ()				
お子さんのことで不安なことや、園に希望することがあれば記入してください。					