児童健康状況等申告書

R〇年〇〇月〇〇日記入

ふりがな	みま　ごろう		生年月日		平　熱
児童氏名	美馬　五郎	男・女	□平成 ☑令和	〇年　〇月　〇日生	3〇.〇度
住　所	〒〇〇〇－〇〇〇〇　美馬市〇〇〇〇〇〇番地〇　△△アパート〇号室				

ふりがな		みま　たろう	続柄	電話番号		みま　はなこ	続柄	電話番号
保護者氏名	①	美馬　太朗	父	090－1234－5678	②	美馬　花子	母	080－9876－5432

（　　）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	□安産　☑難産（　未熟児　）		出生時体重（　1900　）g
発育	首がすわる（〇）か月	寝返り（〇）か月	お座り（〇）か月	はいはい（〇）か月
	つかまり立ち（〇）か月	独り立ち（〇）か月	歩行（〇）か月	始語（〇）か月

乳幼児健診

乳幼児検診は受けていますか？

☑ 受けた（受診した健診すべてにチェックしてください）

☑ １か月　☑ ３、４か月　☑ ６、７か月　☑ ９、１０か月　☑ １歳６か月

☑ ２歳　☑ ３歳

□ 受けていない

予防接種

予防接種は受けていますか？

☑ 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）

☑ ロタウイルス（　〇回）　☑ Ｈｉｂ（　〇回）　☑ 小児肺炎球菌（　〇回）

☑ Ｂ型肝炎（　〇回）　☑ 四種混合（　〇回）　☑ 風しん・麻しん（　〇回）

☑ ＢＣＧ（　〇回）　☑ 水痘（　〇回）　☑ 日本脳炎（　〇回）

□ 受けていない

障がい・発達状況

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？

□ ない

☑ ある　→ 内容：〇〇の発達の遅れがみられる、心臓機能障害

手帳の有無：□なし　☑あり→取得日、等級（　R〇年〇月〇日、身体障害者３級　）

配慮の必要な事項：激しい運動ができない

通院・入院歴

大きな病気をしたことはありますか？

□ ない

☑ ある　→ 病名等：〇〇症候群　　病院名：〇〇病院

いつ頃：R〇年　〇月　〇日　　服薬：□なし　☑あり→１日　２回（朝・昼・夜）

手術歴：□なし　☑あり　　状況：□治癒　☑通院継続　□経過観察

配慮の必要な事項：〇〇するときがある

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？

□ ない

☑ ある　→ 回数：　３　回

時期や状況等：〇歳〇カ月のとき熱性けいれんが起きた

□鼻血　□ぜんそく　☑心臓疾患　□目・鼻・耳の疾患　□便秘　□下痢症　□ヘルニア

□風邪をひきやすい　☑脱臼（部位　右腕　）　☑アレルギー（　ナッツ　）

□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。

子どもが〇〇のときは、〇〇が不安
〇〇してもらいたい

◇母子手帳を見ながら、分かる範囲で記入してください。
◇低年齢で、記入できない箇所があれば、空欄で提出してください。
◇入園決定後、園の面接で保育士と確認していきます。