

お子さまの健康状況申告書

記入年月日 令和 年 月 日

記入者氏名 _____

お子さまの氏名 _____

生年月日 _____ (記入時の年齢 歳 か月)

*母子健康手帳は「保護者の記録」を必ず記入して、ご持参してください。
*母子健康手帳を確認し、漏れのないよう記入してください。

(区職員記入欄: お子さま 確認 ・ 未確認)

*出生時の状況

- ・分娩経過 : 正常 ・ 帝王切開 ・ 吸引分娩 ・ その他()
- ・妊娠期間 : 週 日
- ・出生時 体重 g ・身長 cm ・胸囲 cm ・頭囲 cm
- ・出生時またはその後の異常:
 - ・なし
 - ・あり → 仮死・保育器使用(日間)・酸素使用(日間)
 - 強い黄疸・けいれん・入院(日間)
 - その他()

*予防接種の状況

- ・Hib (回) ・BCG 未・済
- ・肺炎球菌 (回) ・麻しん・風しん(回)
- ・B型肝炎 (回) ・水痘(回)
- ・ロタウイルス(回) ・日本脳炎(回)
- ・四種混合(回) ・おたふくかぜ(回)
- ・五種混合(回)

*今までの発達の経過

・以下の項目について、○印をつけてください。()内は記入してください。

月・年齢 目安		0・1・2歳児クラス に申し込むお子さま	3・4・5歳児クラス に申し込むお子さま
1か月頃	1 大きな音にビクッと手足を伸ばしたり、泣き出すことはありますか。	はい ・ いいえ	
3~4 か月頃	2 首がすわったのはいつですか。	(はい ・ いいえ)()か月頃	()か月頃
	3 あやすとよく笑いますか。	はい ・ いいえ	
	4 目つきや目の動きがおかしいのではないかと気になりますか。	いいえ ・ はい	
6~7 か月頃	5 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。	はい ・ いいえ	
	6 寝返りをしたのはいつですか。	(はい ・ いいえ)()か月頃	()か月頃
	7 ひとりでおすわりをしたのはいつですか。	(はい ・ いいえ)()か月頃	()か月頃
9~10 か月頃	8 からだのそばにあるおもちゃに手をのぼしてつかまえますか。	はい ・ いいえ	
	9 家族と一緒にいるとき話しかけるような声を出しますか。	はい ・ いいえ	
	10 はいはいをしたのはいつですか。	(はい ・ いいえ)()か月頃	()か月頃
1歳の頃	11 つかまり立ちをしたのはいつですか。	(はい ・ いいえ)()か月頃	()か月頃
	12 指で、小さい物をつまみますか。	はい ・ いいえ	
	13 後追いをしますか。	はい ・ いいえ	
1歳6か 月の頃	14 バイバイ、コンニチハなどの身振りをしますか。	はい ・ いいえ	
	15 つたい歩きをしたのはいつですか。	(はい ・ いいえ)()か月頃	()か月頃
	16 大人の言う簡単な言葉(おいで、ちょうだい など)がわかりますか。	はい ・ いいえ	
2歳の頃	17 「~持ってきて」等簡単な指示を理解して行動しますか。	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
	18 ひとり歩きをしたのはいつですか。	(はい ・ いいえ)()歳()か月頃	()歳()か月頃
	19 ママ・ブーブーなど意味のある言葉をいくつか話しますか。 *例:() () () () ()	(はい ・ いいえ)()歳()か月頃	()歳()か月頃
3歳の頃	20 スプーンを使って自分で食べますか。	(はい ・ いいえ)()歳()か月頃	()歳()か月頃
	21 走ることができますか。	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
	22 2語文(ワンワンキタ・マンマチョウダイ)などを言いますか。	(はい ・ いいえ)()歳()か月頃	()歳()か月頃
4~6歳 の頃	23 つみきで塔のようなものを作ったり、横に並べて電車などに見立てて遊ぶことをしますか。	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
	24 手を使わずにひとりで階段をのぼれますか。	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
	25 クレヨンなどで丸(円)を描けますか。	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
	26 自分の名前が言えますか。	(はい ・ いいえ)()歳()か月頃	()歳()か月頃
4~6歳 の頃	27 ままごと、ヒーローごっこなど、ごっこ遊びができますか。	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
	28 衣服の着脱をひとりでできますか。	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
	29 自分の経験してきたことをお母さんやお父さんに話しますか。	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
	30 片足ケンケンができますか。	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
	31 おしっこをひとりでしますか。	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
	32 約束やルールを守ってお友達と遊べますか。	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
	33 奇声をあげることがあり、心配していますか。	いいえ ・ はい	いいえ ・ はい
	34 一か所にじっとしていられないことがあり、心配していますか。	いいえ ・ はい	いいえ ・ はい

35	慢性疾患(病院等で継続的に治療や検査が必要な場合。小児慢性特定疾病を含む。)・手術が必要な病気やケガの経験などがありますか。 ① 診断名： ② 発症年齢： 年 月頃(歳 か月頃) ③ 経過 ④ 現在の状況： 治療・通院継続 経過観察の頻度(回 /) ⑤ 医療機関名 ⑥ 現在、内服薬がありますか。・いいえ ・はい(1日__回 → 朝・昼・夕 薬品名：) ⑦ 原則として、保育園・こども園では薬はお預かりできません。ご理解いただけますか。 ・ はい ・ いいえ	・なし ・あり (ありの方は以下に記入してください)
36	ひきつけの経験はありますか。 ① 初回()歳()か月の時、()分間程のひきつけ — 発熱： なし あり (°C) ② ひきつけの総回数 (回) — ひきつけの際、発熱は毎回： なし あり ③ 原則として、保育園・こども園では薬はお預かりできません。ご理解いただけますか。 ・ はい ・ いいえ	・なし ・あり (ありの方は以下に記入してください)
37	健康診査 1か月児健診 3~4か月児健診 6~7か月児健診 9~10か月児健診 1歳6か月児健診 3歳児健診 健康・要観察・未受診 健康・要観察・未受診 健康・要観察・未受診 健康・要観察・未受診 健康・要観察・未受診 健康・要観察・未受診	
38	言葉や発達について相談している病院や施設はありますか。 相談機関： 台東保健所・浅草保健相談センター ・松が谷福祉会館 ・医療機関他() * 育児相談・発達相談の経過等も記入して下さい。 * 保育所・幼稚園等に通ったことがある場合記入してください。(施設名 _____ 期間： _____ ~ _____) * 身体障害者手帳・療育手帳をお持ちの場合はコピーを提出してください。(身体障害者手帳 _____ 級 ・ 療育手帳 _____ 度)	・なし ・あり (ありの方は以下に記入してください)
39	補装具(眼鏡、補聴器など)の使用はありますか。	・なし ・あり ()
40	食物アレルギーはありますか。 ① ショック症状を起こしたことはありますか。 その他の症状： ② 除去食を実施していますか。 除去にあたっては医師の指示に基づいていますか。 [除去食品名] ③ 内服薬等がある場合は記入してください。 ④ お子さまの状況により、医師の診断書(指示書)などが必要になります。ご理解いただけますか。 ⑤ 除去食で対応できない場合は、代替食をお持ちいただくことになります。ご理解いただけますか。	・なし ・あり (ありの方は以下に記入してください)
41	食品以外のアレルギーはありますか。 * アレルギーの種類： 薬品 () その他()	・なし ・あり (ありの方は以下に記入してください)
42	宗教上の理由により、食べられない食品はありますか。 * 給食が食べられない場合は、原則としてお弁当持参になります。ご理解いただけますか。	・なし ・あり (ありの方は以下に記入してください)
43	入園にあたり健康・発達(例：言語、嚙下等)などで気になることがありますか。	・なし ・あり (ありの方は以下に記入してください)
44	0歳児クラス・1歳児クラスへ入園申請なさる方は下記についてご記入ください。 ①現在の栄養について： 母乳(回/日) ・ 混合(回/日) ・ ミルク(回/日) ②離乳食を開始している場合： (1日 回食) ③離乳食等について心配な点があれば、ご記入ください。 ④ 1歳児園では、離乳食・ミルクの提供はありません。 このことについて、ご理解いただけますか。	・ はい ・ いいえ