

児童の健康状況調査票

児童氏名			年 月 日生 (歳 か月)
出生時	体重	g	<input type="checkbox"/> 母子手帳確認 (市記載) (健診と予防接種の実施状況を確認します)
	身長	cm	
成育状況 ※できるようになった月齢を記載してください。		首のすわり	か月
		寝返り	か月
		おすわり	か月
		はいはい	か月
		ひとり歩き	歳 か月

児童の状態について

※保育施設が児童を安全に受け入れるための体制を入所前に整えるため、詳しくご記入ください。

- (1) 1. アレルギーはありますか?
 ない ・ ある (アレルギー反応物質:)
2. あると答えた方は、その反応はどのような症状ですか。
 ()
- (2) 1. 受診した健康診断に○を付けて下さい。
 3・4か月児健診、 1歳6か月児健診、 3歳児健診
2. 健診等で何か指摘を受けたことはありますか?
 ない ・ ある ()
- (3) 発育や発達で遅れがあると言われたことはありますか?
 ない ・ ある ()
- (4) 発育や発達のことで専門機関(病院や療育等)に相談や通所させたことはありますか?
 ない ・ ある ()
- (5) 身障者手帳や療育手帳等がありますか?
 ない ・ ある ()
- (6) 健康面で気になることはありますか?
 ない ・ ある ()
- (7) 定期的な投薬はありますか?
 ない ・ ある (薬名:) 投薬時間: 朝 ・ 昼 ・ 夜
- (8) 特別な介助(専用補助・介助員等)の必要はありますか?
 ない ・ ある ()
- (9) その他、お子様のことで気になることや日常生活等で注意することがございましたら、ご記入願います。

[]