# 児童の健康状況調査票

（市確認欄）
□ 母子手帳確

| 児童氏名 | | 年　月　日生<br>（　歳　　か月） | 出生時 | 体重 | g |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 身長 | ｃｍ |

## 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：　　）

あると答えた方は、ご回答ください。

２-１．アレルギー反応はどのような症状ですか？

（　　）

２-２．アレルギー反応が出た際、医療機関は受診しましたか？

はい　・　いいえ　・　受診予定

（医療機関名：　　時期：　　）

（アレルギー検査の有無　　有　　・　　無　　）

２-３．入所後の施設での対応はどのように希望されますか？

完全除去　・　除去不要　・　その他（　　）

（2）１．受診した健康診断に〇を付けて下さい。

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　（　　）

あると答えた方は、ご回答ください。

３．入所後の施設での対応はどのように希望されますか？

（　　）

（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はありますか？

ない　・　ある　（　　）

（3）～（5）であると答えた方は、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

※ないと答えた場合も発達等の状況等により補助員等を配置する場合もあります。

あると答えた方は、入所後の施設での対応はどのように希望されますか？

（　　）

（6）その他健康面で気になることはありますか？

ない　・　ある　（　　）

（7）１．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

あると答えた方は、ご回答ください。

２．入所（園）を希望する施設で日中の投薬が可能であるか確認しましたか？

した　・　していない

（8）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。

［　　］