

# 児童の健康状況調査票

児童氏名		生年月日	平成 令和	年	月	日 ( 歳)
------	--	------	----------	---	---	--------

※年齢は入所年度の4月1日現在

## 1. 発達・健康の状況について

出生時	体重	g	現在	体重	kg
	身長	cm		身長	cm

## 2. お子様の成長発達について

3 歳 未 満 児	①首がすわる	( ) か月
	②お座り	( ) か月
	③ハイハイ	( ) か月
	④歩きはじめ	( ) か月
	⑤音や声の方向へ向く	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	⑥言葉を1・2語正しくまねる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3 歳 以 上 児	①赤、青、黄、緑色がわかる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	②ごっこ遊びをする	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	③話相手と目が合う	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	④理由もなく奇声を上げる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	⑤絵本やお話をきくことができる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	⑥偏食が激しい	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	⑦こだわりがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	⑧音に敏感	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	⑨自分の思い通りにならないとパニックを起こす	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	⑩トイレトレーニング (便尿) が済んでいる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
会 話 に つ い て	①話しはじめの時期 (「ママ」や「ブーブー」など)	( 歳 か月)
	②お話の状況	<input type="checkbox"/> 喃語 (アー、アー程度) <input type="checkbox"/> 単語程度 <input type="checkbox"/> 2語文 (「ワンワン、キタ」など) <input type="checkbox"/> 会話としてやりとり

## 4. 定期健診等について

①定期健診を受診していますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
②定期健診で指摘を受けましたか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⇒「はい」の場合 指摘内容	
③視力が気になって受診したことがありますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
④聴力が気になって受診したことがありますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑤発育や発達上のことで専門機関に相談・通所したことがありますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⇒「はい」の場合 施設名 ( ) 理由 ( ) 相談・通所の状況	
⑥今までに大きな病気等にかかったことはありますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⇒「はい」の場合 病名・障害名・症状 ( ) 病院・施設名 ( ) 発病時期 ( ) 治療状況 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 治療中 (内容 )	
⇒集団保育が可能か医師に確認していますか <input type="checkbox"/> はい [ <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 困難] <input type="checkbox"/> いいえ	

## 3. 体質・病気について

①よくある症状はありますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 風邪 <input type="checkbox"/> 便秘 ( 日以上) <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 脱臼 (部位: ) その他 ( )	
②食物アレルギー	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない ⇒「ある」の場合 裏面「食物アレルギー調書」もご記入下さい

(園記入欄)	
1. 発達・健康の状況について	<input type="checkbox"/>
出生時の状況 ( )	
2. お子様の成長発達について	<input type="checkbox"/>
3. 体質・病気について	<input type="checkbox"/>
4. 定期健診等について	<input type="checkbox"/>
健診・予防接種の状況 ( )	
【転園児】 在籍園に健康状況等を確認することについて <input type="checkbox"/> 同意	

⑦今までに「ひきつけ」や「けいれん」を起こしたことはありますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⇒「はい」の場合 直近の発生: ( 歳 か月頃) 発生の原因: <input type="checkbox"/> 発熱 ( °Cで) <input type="checkbox"/> 発熱なし <input type="checkbox"/> 泣いた時に発生	
処方箋: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ⇒「あり」の場合 熱性痙攣の場合 °Cで使用	