

保育所等利用児童健康状態調査票

整理番号	
------	--

○「利用申込児童」について

記入日 令和 年 月 日

保護者氏名		児童氏名			生年月日	
					平成・令和 年 月 日 歳児	
希望保育所等名	第1		第2		第3	
	第4		第5		第6	
住所	小田原市			電話番号		
<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯()						

○利用申込児童の状態について

1. 病気履歴等について以下の項目に回答ください。(各項目の該当する を塗りつぶしてください。)

次の乳児健診を受けましたか？	<input type="checkbox"/> 4か月 <input type="checkbox"/> 8～9か月 <input type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 3歳6か月 <input type="checkbox"/> 受けていない
年齢に合わせた予防接種を受けましたか？	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない
持病や治療中の病気はありますか？ (「ぜんそく」や「心臓病」など)	<input type="checkbox"/> な い <input type="checkbox"/> あ る 「ある」場合 病名・症状【 】
アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> な い <input type="checkbox"/> あ る 「ある」場合 アレルギーの内容【 】
現在、又は過去に定期的な通院・入院をしたことがありますか？	通院歴 歳 か月頃 【 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 回程度】 入院歴 歳 か月頃 【入院期間 日間】 【病名・けが・症状 】
現在、服薬をしていますか？	<input type="checkbox"/> な い <input type="checkbox"/> あ る 「ある」場合 薬 の 内 容【 】
身体障害手帳をお持ちですか？	<input type="checkbox"/> な い <input type="checkbox"/> あ る 「ある」場合 障 害 名 等【 級 障害名： 】
療育手帳をお持ちですか？	<input type="checkbox"/> な い <input type="checkbox"/> あ る 「ある」場合 等 級 等【 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 】
現在、又は過去に障害児通園施設等への通園・相談はありますか？	<input type="checkbox"/> な い <input type="checkbox"/> あ る (<input type="checkbox"/> 通園 <input type="checkbox"/> 相談) 「ある」場合 施 設 名【 】 時期 歳 か月頃 【 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 回程度】

2. 生活状況等について以下の項目に回答ください。

発育の状況	出 産	<input type="checkbox"/> 正常分娩 <input type="checkbox"/> 早産・未熟児等 【出産時体重 g】
	哺 乳	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 母 乳 <input type="checkbox"/> 母乳+ミルク <input type="checkbox"/> ミルク
	発 育	<input type="checkbox"/> 首すわり <input type="checkbox"/> お 座 り <input type="checkbox"/> ハイハイ <input type="checkbox"/> つかまり立ち <input type="checkbox"/> ひとりで歩ける
排泄の状況	小 便	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 自分でできない 間隔【 <input type="checkbox"/> 遠い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 近い 】
	大 便	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 自分でできない 間隔【 <input type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 不規則(1日 回)】
睡眠の状況	睡眠の習慣	朝起きる時間 時頃 ・ 夜寝る時間 時頃
	おねしょ	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 時 々 <input type="checkbox"/> 毎 日 (おむつ)
	お昼ね	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> す る 時間【 時頃 ・ 時間位】
衣服着脱の状況	<input type="checkbox"/> ひとりでできる <input type="checkbox"/> ひとりでできない <input type="checkbox"/> 少しできる 状況【 】	
言葉の状況	<input type="checkbox"/> よく話す 状況【 <input type="checkbox"/> 知っている人とだけ <input type="checkbox"/> 誰とでも 】 <input type="checkbox"/> あまり話さない <input type="checkbox"/> 赤ちゃん言葉が残っている <input type="checkbox"/> まだ話せない	

3. その他【保育所等を利用するにあたり、お子様の健康や発育について心配なことを記入ください。】

--