

令和7年度 保育所等利用児童健康状態調査票

○「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                                                            |  |
| 住所    | 小田原市 |      |  | 電話番号                                                          |  |
|       |      |      |  | <input type="checkbox"/> 自宅<br><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ご回答ください。（各項目の該当する箇所には☑を入れ、有の場合○もしてください）

|                                |                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 次の乳幼児健診を受けましたか？                | <input type="checkbox"/> 無（現在までに受けた乳幼児健診全てに○をしてください）<br><input type="checkbox"/> 有【 4か月 ・ 8～9か月 ・ 1歳6か月 ・ 3歳6か月 】                                               |
| 年齢に合わせた予防接種を受けましたか？            | <input type="checkbox"/> 無（現在までに受けた予防接種に全てに○をしてください）<br><input type="checkbox"/> 有【ヒブ・小児用肺炎球菌・四種混合・B型肝炎・麻疹風疹混合・日本脳炎・水痘・BCG】                                     |
| ※持病や治療中の病気はありますか？              | <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有【喘息・アトピー・アレルギー・その他（ ）】                                                                                  |
| ※食物で制限されているものはありますか？           | <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有【卵・エビ・カニ・牛乳・ナッツ類・その他（ ）】                                                                                |
| ※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】<br>入院歴 歳 か月頃 【入 院 期 間 日 間】<br>【病名・けが・症状】                                                 |
| 現在、服薬をしていますか？                  | <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有 薬 の 内 容【 】                                                                                             |
| 身体障害手帳または療育手帳をお持ちですか？          | <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有 障害者手帳 等級【 級 障害名： 】<br><input type="checkbox"/> 有 療 育 手 帳 等級【 A1 ・ A2 ・ B1 ・ 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"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 通園 ・ 相談 ）施設名【 】<br>通園または相談内容【 】<br>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ご回答ください。（各項目の該当する箇所には☑または○をしてください）

|           |                                                                                                                |                                                                                                                                                             |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 発 育 の 状 態 | 出 産                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 正常分娩 <input type="checkbox"/> 早産（未熟児）                                                                                              |
|           | 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 | 日 中                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 促す <input type="checkbox"/> 介助が必要                                                                      |
| 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 昼 ね                                                                                                          | <input type="checkbox"/> し ない <input type="checkbox"/> す る 時間【 時頃・ 時間位】                                                                                     |
| 言 葉 の 状 況 | <input type="checkbox"/> 日 本 語 <input type="checkbox"/> 外 国 語（両方の場合は両方チェックしてください。）<br>【 よく話す ・ 少し話せる ・ 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ご記入ください。】

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

4. 入所するまでの間に※の項目で変わった事があれば、園に連絡をして入所の受け入れに関して確認してください。