|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 整理番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **保育所等利用児童健康状態調査票**  **令和７年度** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  |
| ○「利用申込児童」について　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日　　令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | 平成・令和　　年　　月　　日 歳児 | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 住所 | | | 小田原市 | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | |  | | | | | | | | | □　自宅  □　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☑を入れ、有の場合〇もしてください） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 次の乳幼児健診を受けましたか？ | | | | | | | | | | |  | □無（現在までに受けた乳幼児健診全てに〇をしてください） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | □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？ | | | | | | | | | | |  | □無（現在までに受けた予防接種に全てに〇をしてください）  □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？ | | | | | | | | | | |  | □無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | □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？ | | | | | | | | | | |  | □無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | □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　【□　週　□　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？ | | | | | | | | | | |  | □無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | □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？ | | | | | | | | | | |  | □無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | □有　障害者手帳　　等級【　　　級　障害名：　　　　　　　　　　　】  □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？ | | | | | | | | | | |  | □無　□有（　通園　・　相談　）施設名【　　　　　　　　　　　　　】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 通園または相談内容【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 時期　　　歳　　か月頃　　　【□　週　□　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☑または〇をしてください） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 発　育　の　状　態 | | | | | | | 出　　産 | | | |  | □　正常分娩 □　早産（未熟児） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 哺乳 | | | |  | □　していない □　母乳 □　母乳＋ミルク □　ミルク | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 発育 | | | |  | □ 首すわり □ お座り □ ハイハイ □ つかまり立ち □ ひとりで歩ける | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 排泄の状況 | | | | | | | 日　　中 | | | |  | □　自立　□　促す　□　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 | | | |  | □　しない　□　する　時間【　　　　　　時頃・　　　　時間位】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 言葉の状況 | | | | | | | | | | |  | * 日　本　語　　□　外　国　語（両方の場合は両方チェックしてください。）   【　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。