

2024 年度 児童の健康状態調査票

記入日.....年.....月.....日

「保育所等を利用する児童について」

保護者氏名	申込・入所児童氏名	生 年 月 日
(フリガナ)	(フリガナ)	年 月 日

「保育所等利用児童の健康状態について」

1. 健診等について以下の項目にわかる範囲で回答ください。(各項目の該当する□にチェックをお願いします。)

次の乳児健診(相談)を受けましたか？	<input type="checkbox"/> 4か月 <input type="checkbox"/> 8～10か月 <input type="checkbox"/> 1歳児(相談) <input type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 2歳児 <input type="checkbox"/> 3歳6か月 <input type="checkbox"/> 受けていない 健康診査等の指導・事後フォロー等 <input type="checkbox"/> な し <input type="checkbox"/> あ り(ありの場合は、 <u>具体的にお書きください</u>) [.....]
発育発達上気になることはありますか？	<input type="checkbox"/> な し <input type="checkbox"/> あ り(ありの場合は、 <u>具体的にお書きください</u>) [.....]
年齢に合わせた予防接種を受けましたか？	<input type="checkbox"/> 全て受けた <input type="checkbox"/> 受けていない予防接種がある <input type="checkbox"/> 全て受けていない
アレルギーはありますか？	食物アレルギー <input type="checkbox"/> な し <input type="checkbox"/> あ り (<u>ありの場合、原因食物に○をしてください</u>) <input checked="" type="checkbox"/> <u>ありの場合</u> … 原因食物: 卵、乳、乳製品、小麦、そば、落花生、 えび、かに、その他(.....) アナフィラキシーの既往 <input type="checkbox"/> な し <input type="checkbox"/> あ り 【原因: 食物(.....)、ハチ毒、薬物、ラテックス】 【既往の時期: 歳頃】
(「食物アレルギー」または「アナフィラキシーの既往」で「あり」にチェックされた方)	アレルギーの状況によっては、給食の全部または一部を提供できないため、 <u>お弁当を持参していただく場合があります。</u> <input type="checkbox"/> 了承しました。
身体障害者手帳をお持ちですか？	<input type="checkbox"/> な し <input type="checkbox"/> あ り ※ありの場合 … 障害名【 級 障害名: 】
療育手帳をお持ちですか？	<input type="checkbox"/> な し <input type="checkbox"/> あ り ※ありの場合 … 障害名【 級 障害名: 】
現在、又は過去に障害児通園施設等への通園がありましたか？	<input type="checkbox"/> な し <input type="checkbox"/> あ り ※ありの場合 … 施設名【 】 通園時期 歳 ヶ月ごろ 【 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 回程度 】

2. 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□にチェックをお願いします。)

現在、かかっている病気等がありますか？	<input type="checkbox"/> な し <input type="checkbox"/> あ り 病名等(.....)
通院はされていますか？	<input type="checkbox"/> な し <input type="checkbox"/> あ り 病院名【 】通院状況 月(.....)回
服薬はされていますか？	<input type="checkbox"/> な し <input type="checkbox"/> あ り お薬名【 】服薬状況(.....)

3. その他【保育所等に通園するにあたり、お子様の健康や発育について心配なことを記入してください。

※本調査票については、利用内定の施設・事業者に対して、入所児童に関する資料として写しを送付します。