

2026 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？	☐ 4か月 ☐ 8～10か月 ☐ 1歳児(相談) ☐ 1歳6か月 ☐ 2歳児 ☐ 3歳6か月 ☐ 受けていない 健康診査等の指導・事後フォロー等 ☐ な し ☐ 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？	☐ な し ☐ 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？	☐ 全て受けた ☐ 受けていない予防接種がある ☐ 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 ☐ な し ☐ あ り (<u>ありの場合、原因食物に○をしてください</u>) ☒ <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 ☐ な し ☐ 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> ☐ 了承しました。
身体障害者手帳をお持ちですか？	☐ な し ☐ 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？	☐ な し ☐ 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？	☐ な し ☐ あ り ※ありの場合 … 施設名【 】 通園時期 歳 ヶ月ごろ 【 ☐ 週 ☐ 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？	☐ な し ☐ あ り 病名等()
通院はされていますか？	☐ な し ☐ あ り 病院名【 】通院状況 月()回
服薬はされていますか？	☐ な し ☐ 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。