

# 健 康 ・ 生 活 調 査 票

フリガナ		生 年 月 日	平成・令和 年 月 日 ( 歳児)
子ども氏名			

この調査票は、保育上注意しなければならないことについて事前にお尋ねするものです。  
 お子さんの母子健康手帳等を参考に、該当する項目にチェックをつけるか、必要事項を記入してください。  
 お子さまの入園内定にあたり、入園先の特定教育・保育施設にこの調査票の情報を共有します。  
**健康内容（特にアレルギー等）が実態と異なる場合、入園内定の取消し等となる場合があります。**  
 特定教育・保育施設でも健康状態等についてお聞きしますので、ご協力をよろしくお願いいたします。

1	分娩時の様子	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 早産(妊娠 週) <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> その他( )			
2	出産時等の状況	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 保育器 <input type="checkbox"/> ひきつけ <input type="checkbox"/> 重病黄疸 <input type="checkbox"/> その他( )			
3	体 重	出生時	g	現在	( g ・ kg )
4	子どもの状況	運 動	<input type="checkbox"/> 寝返り <input type="checkbox"/> はいはい <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> 歩き始め ヶ月 <input type="checkbox"/> 歩く <input type="checkbox"/> 跳ぶ <input type="checkbox"/> 走る		
		言 葉 ・ 表 現	<input type="checkbox"/> 喃語アーアー等 <input type="checkbox"/> 単語マンマ等 <input type="checkbox"/> 二語文○○ちようだい等 <input type="checkbox"/> 会話になる		
		食 事	<input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 自分で食べる <input type="checkbox"/> 座って食べる <input type="checkbox"/> 偏食がある( )		
		排 泄	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> オマル <input type="checkbox"/> 紙・布パンツ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 便の始末ができる		
		遊 び	<input type="checkbox"/> 玩具をつかむ <input type="checkbox"/> 玩具で遊ぶ <input type="checkbox"/> 好きな遊びがある( ) <input type="checkbox"/> 友達と遊ぶ		
5	集団生活の経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒【施設名: 期間: 年 月 から 年 月まで】			
6	健診の受診状況	1 か 月 児 健 診	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた(指導 無・有(内容 ))		
		4 か 月 児 健 診	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた(指導 無・有(内容 ))		
		1 歳 6 か 月 児 健 診	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた(指導 無・有(内容 ))		
		3 歳 6 か 月 児 健 診	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた(指導 無・有(内容 ))		
7	健康状態等で心配なこと	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒問15に詳細を記入 <input type="checkbox"/> 言葉や発達のこと、相談をしたり指導を受けたりしたことがある ⇒問15に詳細を記入			
8	今までにかかった病気・事故	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒チェックとともに病名と発病年月を記入してください。 <input type="checkbox"/> 眼の病気 ( ) <input type="checkbox"/> 耳の病気 ( ) <input type="checkbox"/> 心臓病 ( ) <input type="checkbox"/> 腎臓病 ( ) <input type="checkbox"/> 肝炎 ( ) <input type="checkbox"/> 川崎病 ( ) <input type="checkbox"/> 結核 ( ) <input type="checkbox"/> ひきつけ ( ) <input type="checkbox"/> アトピー ( ) <input type="checkbox"/> 骨折 ( ) <input type="checkbox"/> 脱臼 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )			

⇒裏面に続く

9	手帳等について	身体障害者手帳	なし・あり (障がい名 ) (等級 )
		療育手帳	なし・あり (等級 )
		すこやか手帳	なし・あり (病名 )
10	現在行っている治療・通院・通所状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( 歳 ヶ月のときから) (病名 ) (医療機関または通所施設名 ) (現在の状況 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 治癒 ) (通院・通所は、年 回、月 回、週 回、不定期 )	
11	服用中の薬について	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(1日 回、朝・昼・晩 )⇒(薬名 )	
12	医療的ケア等の特別な配慮の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒問15に詳細を記入	
13	食物アレルギー ※「あり」の方は必ず、医師の診断を受けてください。	症状 ありに <input checked="" type="checkbox"/> の場合、入園決定後に医師の指示書を提出してください。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> まだ不明 <input type="checkbox"/> あり【 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他( )】 ※症状の程度をお書きください( )	
		アナフィラキシーショック※の発症歴 ※血圧低下や呼吸困難など複数の重いアレルギー症状が発症すること <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒原因食物( )	
		コンタミネーション※への配慮の必要性 ※原材料としては含まれないが、食品生産時に微量のアレルギー物質が混入すること。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ↳ 給食やお茶の提供ができない場合があります。	
		園生活で接触を避けるべきもの 例)牛乳パック、小麦粉粘土等 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> まだ不明 <input type="checkbox"/> あり【 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他( )】	
		処方薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり【薬名 <input type="checkbox"/> エピペン <input type="checkbox"/> その他( )】	
14	乳幼児健診等の結果について	保健センター等への結果の問い合わせについて <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない	
15	その他、気になることやお家で困っていること、園に伝えたいこと等があれば記入してください。		