

こどもの健康状況等確認票（表）

申込対象児童氏名：

児童生年月日： 年 月 日 歳児クラス※の申込
※ R9.4.1時点の対象児童の年齢

- ①～⑤のあてはまる箇所にチェックをし、または必要事項を記入してください。
- 本用紙は申込対象児童1人に対し1枚記入してください。
- 些細なことでも構いませんので、詳細に記載してください。
- ※ 入園（所）後に事実と異なる記載内容が発覚した場合、入園（所）を取消すことがあります(入園（所）後の発症・判明を除く。)。

① 発 育 状 況	出生	妊娠()週()g	出生時の異常	☐ 無・ ☐ 有	内容：
	姿勢	首の座り	() か月頃	お座り	() か月頃
	初歩	() 歳() か月頃		まだの場合(☐ 寝返り・ ☐ ずりばい・ ☐ はいはい・ ☐ つたい歩き)	
	ことば	☐ まだ・ ☐ 単語・ ☐ 2語文・ ☐ 会話ができる		初語() 歳() か月頃	
	衣服の着脱	☐ 全介助・ ☐ 手伝いが必要・ ☐ 自立・ ☐ その他()			
	食事	☐ 全介助・ ☐ 手伝いが必要・ ☐ 自立		主な食具	☐ 手づかみ・ ☐ スプーン・ ☐ はし
	離乳食	☐ 準備期(ミルク等含む。)・ ☐ 初期・ ☐ 中期・ ☐ 後期・ ☐ 幼児食			
	排泄	オムツ(報告 ☐ 有・ ☐ 無)・ ☐ 予告によりトイレに連れていく ☐ あとしまつ等手伝いが必要・ ☐ 自立・ ☐ その他()			

② 健 康 状 態	慢性的な病気に関すること						
	通院・服薬	☐ 無・ ☐ 有 ※ 有の場合、下記に詳細を記載ください。					
	※ 無の場合 記入不要	病院・施設名					
		病名等（主な症状）					
		発症（診断）日		() 歳 () か月			
		通院日数	(☐ 週・ ☐ 月・ ☐ 年) に () 回				
		現在の状況	☐ 治療中・ ☐ 経過観察・ ☐ 終了・ ☐ その他 ()				
			⇒ 皮膚疾患の場合、部位・大きさ等 ()				
		服薬	☐ 無・ ☐ 有	薬の種類		園での服薬	☐ 不要・ ☐ 要
	園での配慮	☐ 不要・ ☐ 要	要の場合：				
	食物アレルギー		☐ 無・ ☐ 有・ ☐ 不明 ※ 有または不明の場合、下記に詳細を記載ください。				
	※ 無の場合 記入不要	原因物質	☐ 卵・ ☐ 乳・ ☐ 小麦・ ☐ その他 ()		検査	☐ 済・ ☐ 未	
		アレルギー 症状					
		除去食の状況	☐ 完全除去・ ☐ 部分除去・ ☐ 除去なし	薬	☐ エピペン・ ☐ 飲み薬・ ☐ 無		
	アナフィラキシーショック		☐ 無・ ☐ 有	() 歳 () か月の時			
			原因・症状				
	アトピー等	☐ 無・ ☐ 有	☐ アトピー・ ☐ 喘息・ ☐ 花粉症・ ☐ その他()				
	熱性 けいれん	☐ 無・ ☐ 有	初回 () 歳 () か月	最終() 歳() か月	発作回数() 回		
		検査結果					
	てんかん	☐ 無・ ☐ 有	() 歳 () か月		内服薬		
発作状況							
脱臼の有無	☐ 無・ ☐ 有	有の場合、部位： () 回数： () 回 脱臼した直近の年齢 () 歳 () か月 脱臼した時の状況等： ()					
その他 自由記載欄							

★裏面もあります。

こどもの健康状況等確認票（裏）

③ 健 診 状 況	4 か月健診	☐ 済・ ☐ 未 ☐ その他 ()	指摘事項	☐ 無・ ☐ 有	内容：
	9 か月健診	☐ 済・ ☐ 未 ☐ その他 ()	指摘事項	☐ 無・ ☐ 有	内容：
	1 歳半健診	☐ 済・ ☐ 未 ☐ その他 ()	指摘事項	☐ 無・ ☐ 有	内容：
	3 歳健診	☐ 済・ ☐ 未 ☐ その他 ()	指摘事項	☐ 無・ ☐ 有	内容：

④ 発達について	障がいの有無	☐ 無・ ☐ 有 ※ 有の場合、下記に詳細を記載ください。			
	※ 無の場合、記入不要	障がい名			
		療育施設・児童発達支援センター等の利用	☐ 無・ ☐ 有	有の場合、施設名：	
		診断された・通院中の病院名			
		手帳	療育手帳	☐ 無・ ☐ 有	等級：
			身体障害者手帳	☐ 無・ ☐ 有	等級：
	精神障害者手帳		☐ 無・ ☐ 有	等級：	

⑤ 遊 び	どんな遊びが好きですか（	）
	保護者と離れて一人遊びができますか（□はい・□いいえ）	
	友達に興味を持ったり、関わろうとしますか（□はい・□いいえ）	
	あちこちに興味が移り、よく動き回りますか（□はい・□いいえ）	
	人に触られることを嫌がりますか（□はい・□いいえ）	
	人がたくさんいる場所やにぎやかな場所、大きな音などを嫌がりますか（□はい・□いいえ）	
	特定のものとこだわることがありますか（場所、遊び、食べ物の偏り、数学、図形など）（□はい・□いいえ）	
	上記にはいと答えた方、どんなことですか（	）
	自分のやり方にこだわったり、いつもと違うことを嫌がったりしますか（□はい・□いいえ）	
	話しかけても視線が合いにくいと感じることがありますか（□はい・□いいえ）	
理由なくたいたり奇声を上げることがありますか（□はい・□いいえ）		
子育てする上で健康や発達について気になることはありますか（例：食べ物の好みが激しい、寝つきが悪いなど）（□はい(内容		）・□いいえ）

健康上、発達 上で気になる ことや、①～ ⑤で記載しき れない事項が あればご記入 ください。	