

こどもの健康状況等確認票（表）

申込対象児童氏名： 高松 太郎

記載例

児童生年月日： 令和7 年 4月 3日 1 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）を取消することがあります（入園（所）後の発症・判明を除く。）。

① 発 育 状 況	出生	妊娠(39)週(2500)g	出生時の異常	☐ 無・ ☒ 有	内容:呼吸障害,黄疸
	姿勢	首の座り	(3)か月頃	お座り	(8)か月頃
	初歩	(1)歳(1)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(1)歳(5)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		〇〇クリニック			
		病名等（主な症状）		心室中隔欠損症			
		発症（診断）日		(0) 歳 (3) か月			
		通院日数	(☐ 週・ ☒ 月・ ☐ 年) に (1) 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	蕁麻疹				
		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 (1) 歳 (1) か月		最終 (1) 歳 (3) か月		発作回数 (2) 回
		検査結果	次回発症したら、脳波検査予定				
	てんかん	☐ 無・ ☒ 有	(1) 歳 (3) か月		内服薬		
発作状況							
脱臼の有無	☐ 無・ ☒ 有	有の場合、部位： (右ひじ) 回数： (1 回)					
		脱臼した直近の年齢 (1) 歳 (3) か月					
		脱臼した時の状況等： (座っているのを立ち上げようと両手をもって引き上げたとき)					
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	☒ 高松市 ☐ その他 ()	指摘事項	☒ 無・ ☐ 有	内容：
	9か月健診	☒ 済・ ☐ 未	☒ 高松市 ☐ その他 ()	指摘事項	☒ 無・ ☐ 有	内容：
	1歳半健診	☐ 済・ ☒ 未	☐ 高松市 ☐ その他 ()	指摘事項	☐ 無・ ☐ 有	内容：
	3歳健診	☐ 済・ ☒ 未	☐ 高松市 ☐ 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	難聴			
		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： 6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（ボール遊び)
	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）
	特定のものとにこだわる場合がありますか（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（偏食がある。白いものしか食べない。)
	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（ ☒ はい・ ☐ いいえ）
	理由なくたたいたり奇声を上げることがあります（ ☒ 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 言葉が遅い。)・ ☐ 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。	