保育所等利用児童健康状況調査票

記入日　　年　　月　　日

○利用申込児童について

保護者氏名（フリガナ）	児童氏名（フリガナ）	生　年　月　日
		年　月　日

○利用申込児童の状況について

1　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✓を入れてください。）

次の乳児健診を受けましたか？	□　4か月　□　8～9か月　□　1歳6か月　□　3歳6か月 □　受けていない
予防接種を受けましたか？	□　ヒブワクチン(1・2・3・追加)　□　肺炎球菌ワクチン(1・2・3・追加) □　四種混合ワクチン(1・2・3・追加)　□　BCG □　MRワクチン(麻疹・風疹)第1期　□　水ぼうそうワクチン（1・2） □　日本脳炎ワクチン(1・2・追加)　□　B型肝炎ワクチン（1・2・3） □　ロタウイルスワクチン(1・2・(3))　□　おたふくかぜワクチン □　その他のワクチン（三種混合ワクチン・ポリオ不活化ワクチン・ポリオ生ワクチン）
持病や治療中の病気はありますか？ （「ぜんそく」や「心臓病」など）	□　ない　□　ある 「ある」場合　病名・症状　【　　】
アレルギーはありますか？	□　ない　□　ある 「ある」場合　アレルギーの内容　【　　】
現在、又は過去に定期的な通院・入院をしたことがありますか？	通院歴　　歳　　か月頃　【 □　週　□　月　　回程度　】 入院歴　　歳　　か月頃　【 入　院　期　間　　日　間　】 【　病名・けが・症状　】
現在、服薬をしていますか？	□　ない　□　ある 「ある」場合　薬の名前　【　　】
身体障害者手帳をお持ちですか？	□　ない　□　ある 「ある」場合　障がい名等　【　　級　障がい名：　】
療育手帳をお持ちですか？	□　ない　□　ある 「ある」場合　等級等　【 □　A1　□A2　□B1　□B2　】
現在、又は過去に障害児通園施設等への通園・相談はありますか？	□　ない　□　ある　（ □　通園　□　相談　） 「ある」場合　施設名　【　　】 時期　　歳　　か月頃　【 □　週　□　月　　回程度　】

2　生活状況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✓を入れてください。）

発育の状況	出　産	□　正常分娩　□　早産・未熟児等　【 出産時体重　　g　】
	哺　乳	□　していない　□　母乳　□　母乳＋ミルク　□　ミルク
	発　育	□　首すわり　□　お座り　□　ハイハイ　□　つかまり立ち　□　ひとりで歩ける
排泄の状況	小　便	□　自分でできる　□　自分でできない　間隔【 □　遠い　□　普通　□　近い 】
	大　便	□　自分でできる　□　自分でできない　間隔【 □　規則的　□　不規則（1日　　回）】
睡眠の状況	睡眠の習慣	朝起きる時間　　時頃　・　夜寝る時間　　時頃
	おねしょ	□　しない　□　時々　□　毎日（おむつ）
	お昼ね	□　しない　□　する　時間　【　　時頃　・　　時間位】
衣服着脱の状況		□　ひとりでできる　□　ひとりでできない □　少しできる　状況　【　　】
言葉・理解の状況		□　よく話す　状況　【 □　知っている人とだけ　□　誰とでも 】 □　あまり話さない　□　赤ちゃん言葉が残っている　□　まだ話せない □　簡単な言いつけがわかる　□　周囲の人や物に関心を示す □　なぐり書きをする