

児 童 健 康 票

記入日：令和 年 月 日

③

ふ り が な 児 童 氏 名		生 年 月 日	
男 ・ 女 (第 子)		令和 年 月 日 (才 か月)	
出産時の様子を 教えてください。	妊娠週数 (週) 体重 (g) 身長 (cm) お子様の様子 (☐ 元気 ☐ 仮死 ☐ その他 ()) 特別な処置 (☐ しない ☐ した (具体的に))		
健康診断は 受けましたか。	1 か月児健診 ☐ 健 康 ☐ 指 摘 あり ☐ 未 受 診	4 か月児健診 ☐ 健 康 ☐ 指 摘 あり ☐ 未 受 診	1 2 か月児健診 ☐ 健 康 ☐ 指 摘 あり ☐ 未 受 診
	1 歳 6 か月児健診 ☐ 健 康 ☐ 指 摘 あり ☐ 未 受 診		
3 歳 児 健 診 ☐ 健 康 ☐ 指 摘 あり ☐ 未 受 診			
※健康診断で指摘された事項を記入してください。			
入所にあたり、健康や発達で 気になることや、配慮 することはありますか。	☐ は い ☐ いいえ	※具体的な内容と相談先がありましたら、記入してください。	
けいれんやひきつけを 起こしたことはありますか。	☐ は い ☐ いいえ	初めて起こした年齢 (才 か月頃) 状況や頻度など (発熱 ☐ あり _____℃ ☐ なし 具体的な状況 ()	
現在、ぜん息やアレルギー などがありますか。	☐ は い ☐ いいえ	症状 ☐ ぜん息 ☐ アレルギー (アナフィラキシー ☐ あり ☐ なし) (エピペンの処方 ☐ あり ☐ なし)	
		アレルゲンの種類 ☐ 卵 ☐ 牛乳 ☐ 小麦粉 ☐ 大豆 ☐ 甲殻類 ☐ 魚介類 ☐ 食肉 ☐ 野菜 () ☐ 果物 () ☐ ダニ・埃 ☐ その他 ()	
		除去食の必要性 ☐ あり ☐ なし ※ 除去食の対応等が必要な場合は、アレルギーの詳細が分かる資料の写しを提出してください。	
現在、お子様の発達や 慢性的な病気などについて 通院や相談をしていますか。	☐ は い ☐ いいえ	通院や相談をしている場合は、以下の項目も記入してください。	
		病名・症状名	
		病院・施設名	
		通院 (通所) 頻度	月 ・ 週に 回程度
		日常使用している お薬	
		症状や状況について 詳しく記入して ください。	
		障害者手帳などを お持ちですか。 ☐ はい ☐ いいえ 身体障害者手帳 (級) 療育手帳 (㊤ ・ A ・ B ・ C) その他 ()	

※本票の提出後に、お子様の健康状態に大きな変化があった場合には、改めて児童健康票を提出いただくことがあります。

— 次ページの質問にもお答えください。 —

