

# 児 童 健 康 票

記入日：令和 年 月 日

ふ り が な 児 童 氏 名		生 年 月 日			
男 ・ 女 (第 子)		平成・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 ( <input type="checkbox"/> 元気 <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> その他 [ ] ) 特別な処置 ( <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> した [ 具体的に ] )				
健康診断は 受けましたか。	1 か月児健診 <input type="checkbox"/> 健 康 <input type="checkbox"/> 指 摘 あり <input type="checkbox"/> 未 受 診	4 か月児健診 <input type="checkbox"/> 健 康 <input type="checkbox"/> 指 摘 あり <input type="checkbox"/> 未 受 診	1 2 か月児健診 <input type="checkbox"/> 健 康 <input type="checkbox"/> 指 摘 あり <input type="checkbox"/> 未 受 診	1 歳 6 か月児健診 <input type="checkbox"/> 健 康 <input type="checkbox"/> 指 摘 あり <input type="checkbox"/> 未 受 診	3 歳 児 健 診 <input type="checkbox"/> 健 康 <input type="checkbox"/> 指 摘 あり <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> あり _____℃ <input type="checkbox"/> なし 具体的な状況 )			
ぜん息やアレルギーなどは ありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	症状 <input type="checkbox"/> ぜん息 <input type="checkbox"/> アレルギー ( アナフィラキシー <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ) ( エピペンの処方 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし )			
		アレルゲンの種類 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦粉 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 甲殻類 <input type="checkbox"/> 魚介類 <input type="checkbox"/> 食肉 <input type="checkbox"/> 野菜 ( ) <input type="checkbox"/> 果物 ( ) <input type="checkbox"/> ダニ・埃 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
		除去食の必要性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 身体障害者手帳 ( 級 ) 療育手帳 ( ① ・ 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。 —

児童氏名(ふりがな)	お子様の年齢
	才 か月

※日常生活の中で、今のお子様の状況に該当する番号や箇所、全て○をつけてお答えください。

食事	1 母乳・ミルクを飲んでいる	
	2 食べさせてもらう 食事の形態(離乳食 { 前期・中期・後期・完了食 } ・普通食・その他 回数 _____ 回)	
	3 自分でできる ( 手づかみ・スプーン・フォーク・はし・ストロー・コップ )	
	4 偏食 ( あり・なし ) ⇒ ( ありの場合は、具体的に _____ )	
	5 信仰上の理由で食べられないもの ( あり・なし ) ⇒ ( ありの場合は、具体的な食材など _____ )	
排せつ	1 自分でできない ( おむつ使用・布パンツ使用 )	
	2 自分でできないが、しぐさや言葉で知らせる ( おむつ使用・布パンツ使用 )	
	3 自分でできるが、手伝いが必要 ( おしっこのみ・どちらもできる ) ( おむつ使用・布パンツ使用 )	
	4 自分でできる ( おしっこのみ・どちらもできる ) ( おむつ使用・布パンツ使用 )	
着脱衣	1 全てやってもらう	
	2 介助されながら、自分で手足を動かして着せてもらう	
	3 自分でできるものもあるが、手伝いが必要	
	4 脱ぐことも着ることも自分でできる	
ことば	1 快・不快を感じて泣いたり、声をあげたりする	
	2 話しかけると声を出す	
	3 知っているものがあると、指さしたり声をあげたりする	
	4 話すことはできないが、相手の言うことは分かる	
	5 意味のわからない単語やことばを話す	
	6 意味のある単語を話す ⇒ ( 話せる単語の例 _____ 単語の数 : _____ )	
	7 二語文 (○○ちょうだい、○○あった など) を話す ⇒ ( 話せることばの例 : _____ )	
	8 自分の伝えたいことや経験したことを、ことばを使ってやりとりできる	
	9 昨日・今日・明日など時系列を使って話せる	
運動	1 首がすわっている ( _____ か月頃から)	6 伝い歩きができる ( _____ か月頃から)
	2 寝返りができる ( _____ か月頃から)	7 一人で歩ける ( _____ か月頃から)
	3 座位の姿勢がとれる ( _____ か月頃から)	8 走ることができる
	4 はいはいができる ( _____ か月頃から)	9 その場でジャンプができる
	5 つかまり立ちができる ( _____ か月頃から)	10 階段を昇ったり、降りたりできる
遊び	1 玩具を目で追う	
	2 音のする方に顔を向ける	
	3 玩具に手を伸ばす	
	4 大人と一緒に遊ぶことを喜ぶ	
	5 ひとりで遊ぶことを好む	
	6 子ども同士で遊ぶことを好む ( 一緒に並んで遊ぶ・子ども同士で会話をしながら遊ぶ・ルールのある遊びをする )	
	7 好きな遊び ( 具体的に : _____ )	
その他	1 話しかけても視線が合わない	6 目的がなく動きまわる
	2 奇声をあげる	7 他の子どもとうまく関われない
	3 周囲に関心がない・反応が薄い	8 人に触られることや、大きな音を極端に嫌がる
	4 こだわりが強い	9 その他、気になること _____ )
	5 理由がなく人を激しく叩いたり、噛みついたりする	
集団保育の経験はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	平成・令和 _____ 年 _____ 月 から 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 週 ( _____ ) 回程度 施設名 ( _____ ) 所在地 ( _____ )