

# 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	4 か月児健診	1 2 か月児健診	1歳6か月児健診	3 歳 児 健 診
	<input type="checkbox"/> 健 康 <input type="checkbox"/> 指 摘 あり <input type="checkbox"/> 未 受 診	<input type="checkbox"/> 健 康 <input type="checkbox"/> 指 摘 あり <input type="checkbox"/> 未 受 診	<input type="checkbox"/> 健 康 <input type="checkbox"/> 指 摘 あり <input type="checkbox"/> 未 受 診	<input type="checkbox"/> 健 康 <input type="checkbox"/> 指 摘 あり <input type="checkbox"/> 未 受 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、お子さん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 ( ㊤ ・ A ・ B ・ C ) その他 ( )		

※本票の提出後に、お子さん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。

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に、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	平成・令和 _____ 年 _____ 月 から 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 週 ( _____ ) 回程度
	<input type="checkbox"/> いいえ	施設名 ( _____ )
		所在地 ( _____ )