

児童の保育・健康状況

児童氏名	ふりがな	生年月日	平成 令和	年 月 日生	性別	男・女
現在の 保育状況	1. 自宅で保育 児童をみている者：父・母・祖父・祖母・その他（ ）					
	2. 職場へ同伴		3. 預けている 預け先（ ）			
	4. その他（ ）					
出生時体重	g		かかりつけ医			
体質・病気	ひきつけをおこしたことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい（ 歳のころ） <input type="checkbox"/> いいえ					
	アレルギー体質ですか？ ※「はい」の方は、該当するものに○をつけてください <input type="checkbox"/> はい ・アトピー性皮膚炎 ・喘息 ・アレルギー性鼻炎 ・食物アレルギー（検査：済・未）→制限のある食べ物（ ） ※重篤の場合は、施設での除去対応ができないことがあります。 ・その他（ ） <input type="checkbox"/> いいえ（検査：済・未）					
	よくある症状はありますか？ <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 風邪 <input type="checkbox"/> 便秘（ 日以上） <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 脱臼（部位： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）					
運動	首のすわりはいつころですか？ ヶ月ころ					
	最初に歩いたのはいつですか？ 歳 ヶ月ころ					
	手足の運動で気になるところはありますか？ <input type="checkbox"/> はい（ ） <input type="checkbox"/> いいえ					
眼・耳・言語	視力が気になって受診したことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
	聴力が気になって受診したことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
	記入不用 0歳児	まわりの話 <input type="checkbox"/> よくわかる <input type="checkbox"/> あまりわからない 話すこと <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない（簡単な言葉しか話さない・全く話さない）				

乳幼児健診を受診していますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
健診で何か言われたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ある（ ） <input type="checkbox"/> いいえ	
入院したことはありますか？ <input type="checkbox"/> ある（ 歳のころ、期間： ） <input type="checkbox"/> いいえ （病名： ） → 現在その病気は <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 治療中（内容 ） →集団保育が可能か医師に相談していますか <input type="checkbox"/> はい（ <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 困難） <input type="checkbox"/> いいえ	
現在治療中の病気がありますか？ <input type="checkbox"/> ある（病名： ） <input type="checkbox"/> ない	
身体障害者手帳等の取得はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 身体（等級 級） <input type="checkbox"/> 療育手帳（等級 級） <input type="checkbox"/> 精神（等級 級）	
日常生活・集団生活で心配なことがありますか？ <input type="checkbox"/> ある（ ） <input type="checkbox"/> ない	
日常生活で特に介助が必要なことがありますか？ <input type="checkbox"/> ある（ ） <input type="checkbox"/> ない	

※この個人情報は、お子様の保育の円滑な実施のため、入所する園へ情報提供させていただきます。
 また、お子様の健康増進（健康診査・予防接種・乳幼児健康等）のために、小城市保健担当課が情報を利用させていただくことがあります。