

児童健康調査票

記入日： 年 月 日

児童名

上から順に、**お子様があてはまるところに** をしてください (年 月 日生) 【現在 才 カ月】
 回答内容は、より安全に保育するための資料として利用させていただきます。入所の可否を決定するものではありません。

0〜2歳はじりから	<input type="checkbox"/> 動くものを目で追う	<input type="checkbox"/> 空腹、不快をうたえて泣く
	<input type="checkbox"/> 音や人の声がある方向に向く	<input type="checkbox"/> あやすと声を出して笑う
	<input type="checkbox"/> おすわりができる	<input type="checkbox"/> イナイナイバーを喜ぶ(反応する)
	<input type="checkbox"/> ハイハイする	<input type="checkbox"/> 親が指さす方向に向く
3歳以上はここから	<input type="checkbox"/> つかまり立ちをする	<input type="checkbox"/> 言葉をまねる
	<input type="checkbox"/> 一人で歩く	<input type="checkbox"/> 名前を呼ぶとふりむく
	<input type="checkbox"/> 手をついて、階段をのぼる	<input type="checkbox"/> ばいばい、ちょうだいわかる
	<input type="checkbox"/> 小さいものをつまむ	<input type="checkbox"/> 指さしをする (絵本を見てものの名前を言ったり、指さしたりする)
3歳以上はここから	<input type="checkbox"/> 積み木を積み重ねる	<input type="checkbox"/> 簡単な指示がわかる(おいで、もってきてなど)
	<input type="checkbox"/> 走る	<input type="checkbox"/> 「あぶないよ」と言うと、止まったり、大人のところに戻ってきたりする
	<input type="checkbox"/> 紙をちぎったり、破ったりする	<input type="checkbox"/> 大人のまねをする(イナイナイバーなど)
	<input type="checkbox"/> 鉛筆やクレヨンでぐるぐる〇を描く	<input type="checkbox"/> 高いところによくのぼる
3歳以上はここから	<input type="checkbox"/> 手づかみやスプーンで、自分で食べる	<input type="checkbox"/> 2語文を話す(ワンワンキタなど)
	<input type="checkbox"/> 手をつかず、階段をのぼる	<input type="checkbox"/> こだわりがある
	<input type="checkbox"/> ボールをける	<input type="checkbox"/> 大きい、小さいがわかる
	<input type="checkbox"/> 両足とびができる	<input type="checkbox"/> ごっこ遊びをする
3歳以上はここから	<input type="checkbox"/> じゃんけんがわかる	<input type="checkbox"/> 赤、青、黄、緑がわかる
	<input type="checkbox"/> ハサミで紙を切る	<input type="checkbox"/> 簡単な言葉のやりとりができる
	<input type="checkbox"/> 一人で服を着る	<input type="checkbox"/> 絵本を読んであげると喜ぶ
	<input type="checkbox"/> 折り紙で遊ぶ	<input type="checkbox"/> 自分の名前、年齢が言える
3歳以上はここから	<input type="checkbox"/> お箸で食べる	<input type="checkbox"/> 自分の意見や要求を言葉で伝える
	<input type="checkbox"/> しっかりした線を描く	<input type="checkbox"/> 極端な偏食がある(うどんだけ食べるなど)
		<input type="checkbox"/> 簡単な手伝いをする
		<input type="checkbox"/> トイレが自立できている どこまで(行く → 脱ぐ → 排泄 → 着る → 流す)
		<input type="checkbox"/> 左右がわかる

① 今までに大きな病気にかかったことはありますか? はい いいえ いいえの場合①へ

病名: _____

病院名: _____

発病時期: _____ 歳 _____ か月頃

治療状況 完治 治療中

・通院 _____ 回/月 ・服薬 _____ 回/日

※生活の中で注意が必要なこと

② 「ひきつけ」や「けいれん」を起こしたことはありますか? はい いいえ いいえの場合③へ

直近の発生: _____ 歳 _____ か月頃

発生の原因: 発熱 _____ °C
 発熱なし 泣いたとき発生

③ 乳幼児健診を受診していますか はい いいえ

○ 受診済みの健診を教えてください 4か月 10か月 1歳半 3歳児 いいえの場合④へ

○ 乳幼児健診で指摘を受けましたか はい いいえ

指摘内容 _____

④ 食物アレルギーがありますか はい いいえ わからない わからない場合⑤へ

原因: 卵 牛乳 小麦 エビ カニ その他

○ どのような症状がありますか _____

家庭での対応

(除去食等): _____

○ アナフィラキシーがありますか はい いいえ

_____ 歳 _____ か月頃

○ エピペンを持っていますか はい いいえ

※エピペン: アナフィラキシーの症状が出た時に使用する補助治療剤

○ 医師の診断がありますか はい いいえ
 → 最後に受診したのはいつですか _____ 年 _____ 月頃

⑤ 発育や発達のこと専門機関に相談・通所したことはありますか はい いいえ

施設名: _____

理由: _____

相談・通所の状況 _____

市役所記載欄 面接日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 担当: _____