

児童の健康状況調査票

入所を希望する児童の健康状況を行政の方でも把握することとなりました。、保育を実施するにあたって必要な事項ですので必ずご記入ください。

兄弟姉妹で同時に申込みされる場合は、児童1人につき1枚ずつご提出ください。

フリガナ 申込児童名	生年 月日	年 月 日	性別	男・女
---------------	----------	-------	----	-----

※ あてはまる口欄にチェック☑して、該当する場合は()に漏れがないように記入してください。

1	生まれた時の体重は何グラムですか (g)	
3才児未満	2 首がすわったのはいつですか	<input type="checkbox"/> (月頃) <input type="checkbox"/> まだ
	3 おすわりしたのはいつですか	<input type="checkbox"/> (月頃) <input type="checkbox"/> まだ
	4 ハイハイしたのはいつですか	<input type="checkbox"/> (月頃) <input type="checkbox"/> まだ
	5 歩きはじめたのはいつですか	<input type="checkbox"/> (月頃) <input type="checkbox"/> いいえ
	6 音や声のする方に向きますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> まだ
	7 言葉を1~2語、正しくまねますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> まだ
	3才児以上	2 「ワンワン キタ」などの2語文を言えますか
3 赤、青、黄色、緑がわかりますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> まだ
4 ごっこ遊びをすることがありますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5 話相手と目が合いますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6 理由もなく奇声をあげることがありますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7 絵本やお話をしっかり聞くことができますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8		食物アレルギー等がありますか アレルギーの種類() 症状・除去食等()
9	けいれんを起こしたことがありますか (才 月頃 °Cで 回くらい)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10	過去に大きな病気にかかったことがありますか 病名・障害名 () 病院・施設名 ()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11	発達や慢性的な病気等で病院や施設等に通院や相談をしていますか 病名・障害名 () 病院・施設名 () 通院状況()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
12	身体障害者手帳や療育手帳をお持ちですか <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
13	入所にあたり、健康・発達・行動面などで気になることがありましたらご記入ください。 [記入欄]	

記入した内容を入所を希望する施設へ、町が情報提供する場合があることに同意します。

年 月 日

記入保護者名 _____