

児童の健康状況申告書<様式3-2>

※申し込み後、健康状況に変更が生じた場合は速やかに保育課(047-366-7351)までご連絡ください。児童の健康状況は、入園にあたって非常に大切な情報となるため、正確かつ詳細にご記載ください。申し込み内容と異なる事実(記載漏れや虚偽の記載含む)が判明した場合、内定後であっても入園が取り消しになる場合があります。
 ⇒ 同意します (□にチェックをしてください。)

記入日 年 月 日

児童氏名	フリガナ	男 女	生年月日	年 月 日 (歳 か月)	
出生の状態	・体重(g) ・身長(cm)		現在の状態	体重(kg) 身長(cm)	
	・在胎期間(週)				
・分娩時の異常 なし・あり()				利用希望施設(第一希望)	
・低体重児(出生時2500g未満)の場合、定期的な受診 あり・なし					
健康診査	健康診査受診 : 1か月・3-4か月・6-7か月・9-10か月・1歳・1歳6か月・3歳				
	健康診査 : 異常なし・指摘あり ⇒ 受診時期・指摘内容()				
予防接種	接種しているもの全てにチェックしてください。				
	<input type="checkbox"/> ヒブワクチン <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> ロタ <input type="checkbox"/> 四種混合(DPT-IPV) <input type="checkbox"/> 日本脳炎第1期 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> 麻疹・風疹混合(MR)第1期 <input type="checkbox"/> おたふく <input type="checkbox"/> 麻疹・風疹混合(MR)第2期 <input type="checkbox"/> その他()				

下記の内容について、該当する項目をすべて○で囲み、()は具体的に記入してください。(複数回答可)

健康状況	アレルギー	・なし ・あり ⇒ 内容() (エピペン : なし・あり)
	ひきつけ けいれん	・なし ・あり ⇒ (回) (歳 か月の時) 原因()
	食事	授乳中 ・ 母乳 ・ 粉ミルク(1回 ccを1日 回) ・ 混合
		食事方法 ・ 食べさせてもらう ・ 手づかみで食べる ・ 自分でスプーンやフォークを使って食べる ・ コップを使うことができる ・ ストローマグを使うことができる
	食事形態 ・ 滑らかにすりつぶした状態 ・ 舌でつぶせる固さ ・ 歯ぐきでつぶせる固さ ・ 歯ぐきで噛める固さ ・ 普通食 ・ その他()	
排泄	・ おむつを使っている ・ おむつを使っているが、出ると言葉や仕草で知らせることがある ・ 誘うとトイレに行くが、手伝いが必要 ・ トイレに行きたくなると知らせる ・ 失敗することもあるが、トイレで排泄する	
	・ ひとりで寝る ・ 寝る時のくせがある() ・ 添い寝が必要 ・ 睡眠時間(夜 : ~ 朝 :) ・ 昼寝をする 時間(: ~ :)	
発達の様子	着脱	・ 大人が衣服の着脱を行っている ・ 手伝えば自分で手足を動かし、衣服を着脱しようとする ・ 自分で衣服を着脱しようとする ・ 簡単な衣服の着脱ができる
	言語	・ 話しかけると声を出し、応えようとする ・ 要求を声や指差し・手差しで表現する ・ 意味のある言葉を話す(マンマ・バイバイ・ワンワン等) ・ 二語文(ワンワン キタ等)を話す ・ 会話でやりとりができる
	運動	・ 首すわり(か月頃) ・ 寝返り(か月頃) ・ はいはい(か月頃) ・ 支えがあれば座る(か月頃) ・ 支えなしで座る(か月頃) ・ つかまり立ち(か月頃) ・ つたい歩き(か月頃) ・ 一人歩き(か月頃)
	情緒	・ あやすと笑う(か月頃) ・ 人見知り(か月頃) ・ 指差し・手差し(か月頃)

現在の状態

診断名			
	・手術歴：なし・あり ・手術予定：なし・あり(手術予定時期：)		
	【主治医】	病院・医院	科 先生
1 医療的ケアの必要性 なし ・ あり (以下に記入してください)			
<ul style="list-style-type: none"> ・ 経管栄養 (経鼻 / 胃ろう / 腸ろう) ・ 酸素管理 ・ 人工呼吸器の管理 ・ 導尿 (一部介助 / 完全介助) ・ 吸引(口鼻腔 / エアウェイ内 / 気管カニューレ内部) ・ 血糖値測定・インスリン注射 ・ 定時の薬液吸入、投薬 ・ ストマの管理 ・ その他() 			
【具体的な内容】			
【かかりつけ医】			
_____病院・医院 _____科 _____先生			
_____病院・医院 _____科 _____先生			
2 主治医またはかかりつけ医から必要とされている配慮			
配慮の内容:			
3 薬の使用 なし ・ あり (以下に記入してください)			
【名称】() (朝・昼・夕) (飲み薬・塗り薬・その他)			
【どのようなときに】()			
【名称】() (朝・昼・夕) (飲み薬・塗り薬・その他)			
【どのようなときに】()			
4 療育施設及び児童発達支援事業所等の利用 【保育所(園)等・一時預かり・日中一時利用も含む】			
なし ・ 過去に利用 ・ 現在利用中			
施設名 ()		施設名 ()	
利用開始日： 年 月 ～ 年 月		利用開始日： 年 月 ～ 年 月	
利用状況：月 回・週 回(月・火・水・木・金・土・日)		利用状況：月 回・週 回(月・火・水・木・金・土・日)	
利用時間： 時 ～ 時まで		利用時間： 時 ～ 時まで	
保育施設入所後の利用予定：あり・なし		保育施設入所後の利用予定：あり・なし	
5 身体障害者手帳や療育手帳等の有無			
療育手帳：なし・あり (の)		身体障害者手帳：なし・あり (級)	
通所受給者証：なし・あり		特別児童扶養手当受給の認定を受けている：はい・いいえ	

児童 氏名	フリガナ	男 女	生年 月日	年 月 日 (歳 か月)

6 その他、身体や育児に関して、気になること・伝えておきたいことがありましたらご記入ください。

7 保育所(園)で配慮してほしいことがありましたらご記入ください。

松戸市担当者記入欄

面談日 年 月 日

面談者

※裏面に、手帳等のコピーを貼付してください。

- 身体障害者手帳、療育手帳は、この用紙に貼付してください。
- 特別児童扶養手当受給の認定通知(または特別児童扶養手当の受給がわかる書類)、医師の診断書は、別途添付してください。