

児童の健康状況申告書<様式3-2>

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() ・低体重児(出生時2500g未満)の場合、定期的な受診 あり・なし		利用希望施設(第一希望)		
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⇒卵・乳・小麦・大豆・その他()	
	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()	
発達の様子	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	
	睡眠	・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(: ~ :)	
	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	
発達の様子	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	
1 心身の障害手帳 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (以下に記入してください)	
【障害の程度】 療育手帳 <input type="checkbox"/> の <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 級	
【主治医】 _____ 病院・医院 _____ 科 _____ 先生	
2 医療的ケアの必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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	
3 主治医またはかかりつけ医から必要とされている、集団保育における配慮	
配慮の内容:	
4 特別児童扶養手当受給の認定を受けている はい <input type="checkbox"/> ・ いいえ <input type="checkbox"/>	
5 薬の使用 なし <input type="checkbox"/> ・ あり <input type="checkbox"/> (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】(_____) _____	
6 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 <input type="checkbox"/> ・ 過去に利用 <input type="checkbox"/> ・ 現在利用中 <input type="checkbox"/> ・ 利用予定 <input type="checkbox"/> (なし以外の方は以下に記入してください。)	
保育施設入所後も利用しますか? はい <input type="checkbox"/> ・ いいえ <input type="checkbox"/> ・ 要検討 <input type="checkbox"/>	
施設名 (_____)	利用頻度 _____ 月・週 _____ 回 保育施設入所後の利用頻度 _____ 月・週 _____ 回
施設名 (_____)	利用頻度 _____ 月・週 _____ 回 保育施設入所後の利用頻度 _____ 月・週 _____ 回

児童 氏名	フリガナ	男 女	生年 月日	年 月 日 (歳 か月)

7 その他 身体のこと、育児のことで気になること・伝えておきたいことがありましたら記入してください。

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。