

③

保育所等入所児童の健康状態確認調書

記入日 年 月 日

※ご注意 この調書は児童の円滑な保育の実施の観点から、入所を予定している施設・事業者に対して入所児童に関する資料として、写しを送付しますのでその旨ご了承くださいと同時に、お分かりになる範囲でできるだけ詳しくご記入をお願いします。

児童(氏名：)の状況	生年月日	年	月	日
健康状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 持病/病歴あり()			
アレルギーの状況	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 内容【 】			
接種済み予防接種	<input type="checkbox"/> ロタウイルスワクチン(1・2・3) <input type="checkbox"/> B型肝炎(1・2・3) <input type="checkbox"/> ヒブ (1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌(1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> 4種混合(1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻疹・風疹混合(MR) <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう)(1・2) <input type="checkbox"/> 日本脳炎(1・2・追加) <input type="checkbox"/> その他()			
受診済み乳幼児健診	<input type="checkbox"/> 4ヶ月健診 <input type="checkbox"/> 8、9ヶ月児健診 <input type="checkbox"/> 1歳6ヶ月児健診 <input type="checkbox"/> 3歳児健診 <input type="checkbox"/> その他健診()			
現在かかっている病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(病名)			
現在の通院の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(病名、頻度等)			
現在の服薬の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(病名、薬名等)			
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(級、障がい名等)			
療育手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2)			
出産	<input type="checkbox"/> 正常分娩 <input type="checkbox"/> 早産・未熟児等 【出産時体重 g】			
哺乳	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 母乳+ミルク <input type="checkbox"/> ミルク			
発育の状況	<input type="checkbox"/> 首すわり <input type="checkbox"/> 寝返り <input type="checkbox"/> はいはい <input type="checkbox"/> おすわり <input type="checkbox"/> つかまり立ち <input type="checkbox"/> 歩き			
排泄の状況	小便 <input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 自分でできない 大便 <input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 自分でできない			
睡眠の状況	夜寝る時間 時頃 朝起きる時間 時頃 お昼寝 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する 時間 【 時頃・ 時位】			
衣類着脱の状況	<input type="checkbox"/> ひとりのできる <input type="checkbox"/> ひとりのでできない <input type="checkbox"/> 少しのできる 状況【 】			
言葉・理解の状況	<input type="checkbox"/> よく話す 状況【 <input type="checkbox"/> 知っている人とだけ <input type="checkbox"/> 誰とでも】 <input type="checkbox"/> あまり話さない <input type="checkbox"/> まだ話せない <input type="checkbox"/> 簡単な言いつけがわかる <input type="checkbox"/> 周囲の人や物に関心を示す			
集団生活で配慮を要すること				
その他気になること				