

## こどもの健康・育ち調査票

令和 年(西暦20 ) 月 日

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |                                      |        |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------------------------|--------|
| ふりがな                         | 男・女                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                | 平成・令和 年(西暦20 ) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 現在  |                                      |        |
| 児童名                          | 第 子                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 月 日 生まれ                        |                | 満 歳 か月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |                                      |        |
| 出生時の状況                       | ・出生時の状況 体重 ( g ) ・身長 ( cm )<br>・出生時、診断を受けた病名・障害名等があればご記入ください ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |                                      |        |
| 出生後の状況                       | ・首のすわり ( か月 ) ・寝返り ( か月 ) ・おすわり ( か月 )<br>・はいはい ( か月 ) ・歩行 ( か月 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |                                      |        |
| 既往歴                          | ・食物アレルギー 無 ・ わからない ・ 有 ( 食品名 : )<br>・食物以外のアレルギー 無 ・ わからない ・ 有 ( アレルゲン名 : )<br>・医師の指示による除去食品 無 ・ 有 ( 食品名 : )<br>・宗教的に食べられない物 無 ・ 有 ( 食品名 : )<br><b>* 入園までに何か変化がありましたら、速やかにご連絡ください。</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |                                      |        |
|                              | 脱臼                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 熱性けいれん                         |                | アナフィラキシー                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |     | 肝炎                                   |        |
|                              | 無 ・ 有                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 無 ・ 有                          |                | 起きた原因 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     | 無 ・ 有                                |        |
|                              | 直近の発生日 ( 年 月 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 起こした回数 ( 回 )<br>直近の発生日 ( 年 月 ) |                | 起こした回数 ( 回 )<br>直近の発生日 ( 年 月 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |     | 有 → B型 ・ C型 ・ キャリア<br>診断を受けた年齢 ( 歳 ) |        |
|                              | はしか                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 水ぼうそう                          | 風しん            | ぜんそく                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 心疾患 | ひきつけ                                 | おたふくかぜ |
|                              | 歳                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 歳                              | 歳              | 歳                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 歳   | 歳                                    | 歳      |
| 保育所等での与薬の必要性 無 ・ 有 ( 薬品名 : ) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |                                      |        |
| 予防接種                         | ( 時期が到来したものは全て接種済み ・ 一部接種済み ・ 全て未接種 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |                                      |        |
| 発育の状況                        | 該当する項目に☑を入れてください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |                                      |        |
|                              | 0～2歳児                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                |                | 3～5歳児                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |                                      |        |
|                              | <input type="checkbox"/> 名前を呼ぶと振り向く<br><input type="checkbox"/> 単語 ・ 2語文を話せる<br><input type="checkbox"/> 一人で歩く<br><input type="checkbox"/> トイレを知らせる<br><input type="checkbox"/> 身近な人に甘えたり、スキンシップを嫌がらない<br><input type="checkbox"/> してほしいことや要求を、指さしやしぐさや言葉で知らせることができる<br><input type="checkbox"/> 制止されると、やめたり止まったりできる                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                |                | <input type="checkbox"/> 自分の名前がフルネームで言える<br><input type="checkbox"/> 名前を呼ぶと振り向いて呼んだ人を見る<br><input type="checkbox"/> 簡単な会話ができる<br><input type="checkbox"/> 走ることができる<br><input type="checkbox"/> 自分で排泄ができる<br><input type="checkbox"/> 身近な大人に甘えたり頼ったりする<br><input type="checkbox"/> してほしいことや要求を伝えることができる<br><input type="checkbox"/> 制止されると、やめたり止まったりできる |     |                                      |        |
| 健診の状況                        | 4か月健診 ( 受診 ・ 未受診 ) 1歳6か月健診 ( 受診 ・ 未受診 ) 3歳6か月健診 ( 受診 ・ 未受診 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |                                      |        |
|                              | ・健診や医療機関等でアドバイスや指導を受けられましたか<br><input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 言葉の遅れ <input type="checkbox"/> 落ち着きのなさ(多動・衝動性) <input type="checkbox"/> 理解面での指摘 <input type="checkbox"/> 対人面での指摘<br><input type="checkbox"/> いいえ → <input type="checkbox"/> こだわりがある <input type="checkbox"/> 体重の指摘 <input type="checkbox"/> 運動面の遅れ <input type="checkbox"/> その他 ( )<br>・医療機関の受診や、すこやかルーム、約束クリニック、くまさん親子教室、つくし園等の利用はありますか<br><input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 利用予定(利用施設・機関名: )<br>→利用頻度( 回 / 週 ・ 月 )<br><input type="checkbox"/> 過去に受診・利用したが今はない(利用施設・機関名: )<br>→受診や利用をやめた理由( )<br><input type="checkbox"/> ない |                                |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |                                      |        |
|                              | ※健診の結果等について、市役所内や各施設と情報交流することをご理解・ご了承ください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |                                      |        |
| 手帳等の状況                       | ・障害者手帳や受給者証の有無について<br>・身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中<br>・療育手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中<br>・精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中<br>・障害福祉サービス受給者証 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中<br>・特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中<br>手帳・受給者証をお持ちの場合は<br>写しをご提出ください                                                                                    |                                |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |                                      |        |
| 健康状態・発達について                  | ・その他、気になっていることや伝えたいことがあれば具体的に記入してください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |                                      |        |

⇒続いて裏面もご記入ください。