

# 《 健康連絡票 (1) 》

申請日	令和 年 月 日
-----	----------

該当事項に  をし、必要事項を記入してください。

氏名			<input type="checkbox"/> 男	直近の体重	kg g	(計測日)
生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 女	直近の身長	cm	月 日
出生時	在胎期間	週 日	出生時の状況	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 早産 <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	体重	g	身長	cm	特記事項	
栄養	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> ミルク		<input type="checkbox"/> 離乳食		回/日 (母乳またはミルク	回/日)
	偏食	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (詳細: )				
アレルギー	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →	原因食物	発症	歳 か月	アナフィラキシーの経験
	食物以外のアレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →	原因物質	医師の指示	<input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> 少量ずつ摂取 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり  エピペン処方 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
体質	けいれんの経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (直近: 歳 か月) ( 回) (原因: )				
	<input type="checkbox"/> 平熱が高い ( . °C) <input type="checkbox"/> 肌が弱い <input type="checkbox"/> 関節が外れたことがある <input type="checkbox"/> 便秘がち <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> その他 ( )					
既往歴	病気や怪我、入院、手術の経験		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ↘			
	【詳細】 (○歳○か月、内容、その後の経過)					
現病歴	定期的な通院 (経過観察・完治前に治療を中断している傷病を含む)		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ↘			
	いつから	傷病名等	医療機関名	通院頻度	備考 (受診内容・服用中の薬と時間・医師の指示等)	
予防接種	接種済み または 接種開始済み		【 <input type="checkbox"/> 五種混合 】 または 【 <input type="checkbox"/> H i b <input type="checkbox"/> 四種混合 】 <input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ (任意)			
	受診済み	<input type="checkbox"/> 1か月 <input type="checkbox"/> 3~4か月 <input type="checkbox"/> 6~7か月 <input type="checkbox"/> 9~10か月 <input type="checkbox"/> 1歳 <input type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 2歳 <input type="checkbox"/> 3歳				
乳幼児健診	結果	<input type="checkbox"/> すべての健診で異常なし <input type="checkbox"/> 要精密検査、他機関紹介、要経過観察等の案内を受けたことがある ↘				
	【結果の詳細】 (○歳○か月健診、結果の内容、その後の経過)					

※ 《健康連絡票(2)》も記入してください。

# 《 健康連絡票（2） 》

児童名 \_\_\_\_\_

発達 の 状 況	首がすわった時期	か月頃	はいはいを始めた時期	歳	か月頃	
	寝返りした時期	歳	か月頃	つたい歩きを始めた時期	歳	か月頃
	一人座りを始めた時期	歳	か月頃	一人歩きを始めた時期	歳	か月頃
				0～1歳児クラス	2～5歳児クラス	
	① あやすと笑いますか				<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	② 呼ぶと振り向いたり、目が合いますか				<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	③ 大人の言う簡単な言葉（おいで等）がわかりますか				<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	④ 意味のある言葉（ママ、ワンワン等）をいくつか言えますか				<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	⑤ 箸やスプーンを使って自分で食事をしようとしますか				<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	⑥ 「〇〇ちょうだい」等の簡単な指示を理解して行動できますか				<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	⑦ 二語文（ママだっこ等）を言えますか				<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	⑧ トイレを予告できますか				-	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	⑨ 自分の名前が言えますか				-	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑩ 同年齢の子どもと会話ができますか				-	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑪ 衣服の着脱ができますか				-	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑫ 約束やルールを守って遊ぶことができますか				-	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在、療育施設に通っていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（施設名： _____）						
集団生活経験	_____年 _____月 まで _____保育(幼稚)園 に通って（ <input type="checkbox"/> いた <input type="checkbox"/> いる）。					
発育や発達、生活面等で心配なことや気になることがありましたら記入してください。						
保育所を利用するにあたって園に配慮してほしいことやお願いすることがありましたら記入してください。						