

《 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				☐ 男	直近の体重	kg g	(計測日)
生年月日	令和 年 月 日			☐ 女	直近の身長	cm	月 日
出生時	在胎期間	週 日	出生時の状況	☐ 正常 ☐ 早産 ☐ 仮死 ☐ その他 ()			
	体重	g	身長	cm	特記事項		
栄養	☐ 母乳 ☐ 混合 ☐ ミルク		☐ 離乳食 回/日 (母乳またはミルク 回/日)		☐ 幼児食 回/日		
	偏食	☐ なし ☐ あり (詳細:)					
アレルギー	食物アレルギー	☐ なし	原因食物	発症	歳 か月	アナフィラキシーの経験	
		☐ あり →				☐ 完全除去 ☐ なし ☐ あり	
	食物以外のアレルギー	☐ なし	原因物質	医師の指示	☐ 少量ずつ摂取 ☐ その他 ()	エピペン処方	
		☐ あり →				☐ なし ☐ あり	
体質	けいれんの経験	☐ なし ☐ あり (直近: 歳 か月) (回) (原因:)					
	☐ 平熱が高い (. °C) ☐ 肌が弱い ☐ 関節が外れたことがある ☐ 便秘がち ☐ 下痢しやすい ☐ その他 ()						
既往歴	病気や怪我、入院、手術の経験			☐ なし ☐ あり ↴			
	【詳細】 (〇歳〇か月、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)			☐ なし ☐ 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	【 ☐ 五種混合 】 または 【 ☐ H i b ☐ 四種混合 】 ☐ 小児肺炎球菌 ☐ B型肝炎 ☐ ロタウイルス ☐ BCG ☐ 麻しん・風しん ☐ 水痘 ☐ 日本脳炎 ☐ おたふくかぜ (任意)					
乳幼児健診	受診済み	☐ 1か月 ☐ 3~4か月 ☐ 6~7か月 ☐ 9~10か月 ☐ 1歳 ☐ 1歳6か月 ☐ 2歳 ☐ 3歳					
	結果	☐ すべての健診で異常なし ☐ 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】 (〇歳〇か月健診、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			☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ	
	② 呼ぶと振り向いたり、目が合いますか			☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ 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			☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ 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			☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ 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			☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ 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			☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ	
	⑦ 二語文（ママだっこ等）を言えますか			☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ	
	⑧ トイレを予告できますか			-	☐ はい ☐ いいえ	
	⑨ 自分の名前が言えますか			-	☐ はい ☐ いいえ	
	⑩ 同年齢の子どもと会話ができますか			-	☐ はい ☐ いいえ	
	⑪ 衣服の着脱ができますか			-	☐ はい ☐ いいえ	
⑫ 約束やルールを守って遊ぶことができますか			-	☐ はい ☐ いいえ		
現在、療育施設に通っていますか？ ☐ いいえ ☐ はい（施設名： _____）						
集団生活経験	_____年 _____月 まで _____保育(幼稚園)に通って（ ☐ いた ☐ 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。						