

## 児童健康状況票

令和 年 月 日記入

申込児童	氏 名		生年月日	年 月 日
健康状態		<input type="checkbox"/> おおむね良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 病気にかかりやすい		
言 語		<input type="checkbox"/> 普通に会話することができる <input type="checkbox"/> 大体のことは話すことができる <input type="checkbox"/> 相手の言うことが分かり、簡単な単語を話すことができる <input type="checkbox"/> 片言や身振りで意思の表現ができる <input type="checkbox"/> 話すことはできないが、相手の言うことは分かる <input type="checkbox"/> 話すことはできなく、相手の言うことも分からない		
指示に対する理解		※3歳以上児のみ記入してください。 <input type="checkbox"/> 大体のことは指示に従うことができる <input type="checkbox"/> 繰り返し指示されれば、従うことができる <input type="checkbox"/> 繰り返し指示されても、指示が通りにくいときがある		
食 事		<input type="checkbox"/> 箸を使って食べることができる <input type="checkbox"/> うまくは使えないが、箸を使って食べようとする <input type="checkbox"/> スプーンを使って食べることができる <input type="checkbox"/> うまくは使えないが、スプーンを使って食べようとする <input type="checkbox"/> 介助を必要とする ( <input type="checkbox"/> 固形食可 <input type="checkbox"/> 流動食のみ )		
排 泄	小 便	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 自分ですが、介助を必要とする <input type="checkbox"/> 自分ではできないが、知らせることができる <input type="checkbox"/> おむつを使用している		
	大 便	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 自分ですが、介助を必要とする <input type="checkbox"/> 自分ではできないが、知らせることができる <input type="checkbox"/> おむつを使用している		
着 脱 衣		<input type="checkbox"/> 着脱とも自分でできる <input type="checkbox"/> 自分で着るが、ボタンをとめることができない <input type="checkbox"/> 着ることはできないが、脱ぐことはできる <input type="checkbox"/> 着せたり脱がせたりするとき、協力しようとする <input type="checkbox"/> すべて介助を必要とする		
歩 行		<input type="checkbox"/> 走ることができる <input type="checkbox"/> 一人で歩くことができる <input type="checkbox"/> つかまって歩くことができる <input type="checkbox"/> はう、つかまって立つ、自力で座る		
行 動 等	落ち着きがなく動き回る	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> しばしばある		
	急に泣いたり、奇声をあげたりする	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> しばしばある		
	視線を合わせないことがある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> しばしばある		
	人にかみつく	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> しばしばある		
	自分で頭をぶついたり、自分にかみついたりする	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> しばしばある		
	食べられない物（食べ物以外の物）を食べる	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> しばしばある		
	車、火、刃物などの危険が分からない	※3歳以上児のみ記入してください。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> しばしばある		
今までにかかった入院や手術等が必要な大きな病気等の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 病名 ( ) 医療機関名 ( ) 治療状況: <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 通院中 (年 回・月 回・不定期)			
けいれんの有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 回・月 回) 熱性けいれんの場合 ( 歳 か月から °Cで 回位)			

アレルギーの有無 (食物アレルギー以外)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 病名 ( )
食物アレルギーの有無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 食物名 ( ) 除去食品 ( )
乳幼児健康診査	受診の有無	※受診したことのある健康診査にレ点をつけてください。 <input type="checkbox"/> 1 か月児健診 <input type="checkbox"/> 4 か月児健診 <input type="checkbox"/> 7 か月児健診 <input type="checkbox"/> 10 か月児健診 <input type="checkbox"/> 1 歳 6 か月児健診 <input type="checkbox"/> 3 歳 6 か月児健診
	指摘・指導等の有無及び内容	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 歳 か月児健診時 )
発育等に関する専門機関への相談の有無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 専門機関名 ( )
集団保育経験の有無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 場所 ( ) 時期 ( 歳 か月から 歳 か月まで)

備考

この票は、入所決定した保育所(園)に情報提供します。