

【申込児童の健康状況について】

お子さんの状況によっては、区指定の「発達の様子」、または医師記載の「意見書(診断書)」を提出していただくことがあります。記載内容に虚偽等があった場合は内定取消又は退所となる場合がありますので、お子さんの現在の状況について正しくご記載ください。

- ◆該当するものにをお願いします。
- ◆別途、母子手帳のコピー(直近に受けた健康診査のページのみ。A4サイズ)をご提出ください。

児童	フリガナ		氏名		生年月日		年	月	日
	出生体重	g	妊娠期間	週					
発達の様子	首のすわり (か月) <input type="checkbox"/> 未	寝返り (か月) <input type="checkbox"/> 未	健康診査						
	お座り (か月) <input type="checkbox"/> 未	はいはい (か月) <input type="checkbox"/> 未	3~4か月健診	<input type="checkbox"/> 健康	<input type="checkbox"/> 指摘あり	<input type="checkbox"/> 未受診			
	つかまり立ち (か月) <input type="checkbox"/> 未	歩き始め (か月) <input type="checkbox"/> 未	6~7か月健診	<input type="checkbox"/> 健康	<input type="checkbox"/> 指摘あり	<input type="checkbox"/> 未受診			
	「ママ」「ブーブー」等単語の話しはじめ (か月) <input type="checkbox"/> 未		9~10か月健診	<input type="checkbox"/> 健康	<input type="checkbox"/> 指摘あり	<input type="checkbox"/> 未受診			
	呼ばれると振り向きませんか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		1歳6か月健診	<input type="checkbox"/> 健康	<input type="checkbox"/> 指摘あり	<input type="checkbox"/> 未受診			
	視線が合いますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		3歳児健診	<input type="checkbox"/> 健康	<input type="checkbox"/> 指摘あり	<input type="checkbox"/> 未受診			
病歴等	アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明		健診時の相談内容や担当者から言われたこと 医師の指示により必要な配慮等があればご記入下さい。 【記入欄】						
	喘息 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		ことばや発達について相談している病院・施設は? <input type="checkbox"/> ある⇒病名・症状等) <input type="checkbox"/> ない						
	熱性けいれん(ひきつけ) 「ある」場合は※印記入 ※最後に 年 月 日 ※これまでに 回		病院・施設名: <input type="checkbox"/> 子ども家庭総合支援センター <input type="checkbox"/> 心身障害児総合医療療育センター <input type="checkbox"/> 健康福祉センター <input type="checkbox"/> 教育支援センター <input type="checkbox"/> 子ども発達支援センター <input type="checkbox"/> その他()						
	治療中・経過観察中の病気 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない								
	病名()								
	保育する上で配慮は必要ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ								
食物アレルギー <input type="checkbox"/> ある⇒制限する食品に <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明		身体障害者手帳・愛の手帳の有無 ※コピーをご提出ください。 <input type="checkbox"/> あり(級・度) <input type="checkbox"/> なし							
<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> その他()		要支援児保育の希望の有無 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない							
常用薬の使用 <input type="checkbox"/> ある⇒下に薬名を記入 <input type="checkbox"/> ない		特別児童扶養手当を受給していますか?(特別児童扶養手当の支給要件に該当するが、所得制限により手当の支給がされていない場合を含む) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							
薬名()									
どのような薬ですか?()									
服用時間 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> その他()									
▼1歳以上のお子さんについて以下の項目(①~⑥)をお答えください。									
①視線が合わなかったり目の動きが気になることがありますか								<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
②大人の言う簡単な言葉(おいで・ちょうだい)などがわかりますか								<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
③二語文(ワンワンキタ・マンマチョウダイ)などを言いますか								<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
④人をたたく・かみつく・ひっかく・物を投げるなどで困ることがありますか はいの方はどんな時ですか()								<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
⑤嬉しい時や思い通りにいかないときなどにすぐ奇声を発することがありますか								<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
⑥落ち着きなく動き回って困ることがありますか はいの方はどんな時ですか()								<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
▼3歳以上のお子さんについては以下の項目(⑦~⑩)も併せてお答えください。									
⑦ことばでのやりとりができますか								<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑧危険なことがある程度わかりますか(車・火・刃物など)								<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑨危険な行為を大人の声かけでやめることができますか								<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑩特定のことにこだわり、行動の切り替えができない又は泣いて動けないことが日々の中でしばしばありますか(偏食・過食・手をつながないなども含む) はいの方はどんな時ですか()								<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	