

児 童 調 書 (表)

●この用紙は、お子さまの日常生活、健康状態についておたずねするものです。下記の項目のあてはまるところに、チェックまたはマルを付け、必要事項を記入してください。

●この用紙に記載された内容（健康診断の結果や発達の状況）については、市の保健師に内容を確認のうえ、児童が入園する保育施設に情報提供することがあります。

児童名		
出産		()週 ()gで出生 <input type="checkbox"/> 自然分娩 <input type="checkbox"/> 早産 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 鉗子分娩 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> その他
出生		<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> 保育器使用 <input type="checkbox"/> 酸素使用 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> その他()
病 気 や 体 調	<input type="checkbox"/> 特になし	
	<input type="checkbox"/> 大きな病気にかかったことがある。病名()	
	<input type="checkbox"/> 手術をしたことがある。病名() ()歳()か月のとき	
	<input type="checkbox"/> 現在通院中の病気がある。病名() (治療中・経過観察中) 投薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() →日常生活で医師から指示されている注意点 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	<input type="checkbox"/> かかりやすい病気がある。病名()	
	<input type="checkbox"/> ひきつけを起こしたことがある。()歳 ()か月頃までに ()回 上記は <input type="checkbox"/> 熱性けいれんである <input type="checkbox"/> 熱性けいれんでない(具体的に:)	
	<input type="checkbox"/> アレルギーがある。病院を <input type="checkbox"/> 受診している <input type="checkbox"/> 受診していない 原因 (食べ物・ハウスダスト・その他) [アレルギーのある項目を記載してください。]	
	●アレルギーがある場合は、内定後に医師の意見書を提出していただきます。	
<input type="checkbox"/> 手、足、耳、目で気になることがある。内容()		
<input type="checkbox"/> 病気・発達等で相談している機関がある。 機関名: <input type="checkbox"/> 発達相談ゆう <input type="checkbox"/> 市の保健師 <input type="checkbox"/> 保健所 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他() 相談内容:()		
集団保育に配慮が必要なこと [
<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 有(右にご記入ください。)]		
予防接種 満3か月～	<input type="checkbox"/> B型肝炎①②③ <input type="checkbox"/> ヒブ①②③④ <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌①②③④ <input type="checkbox"/> 四種混合①②③④ <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻しん風しん(MR) ①② <input type="checkbox"/> 水痘①② <input type="checkbox"/> 日本脳炎①②③ <input type="checkbox"/> ロタ①②③	
乳 幼 児 健 診	4 か 月 児 健 診	<input type="checkbox"/> 受けた → 受けた場所・機関 → 結果 <input type="checkbox"/> 問題なし [<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 箕面市が実施する健診 <input type="checkbox"/> 注意点あり <input type="checkbox"/> 他市の保健所・保健センター <input type="checkbox"/> 病院、診療所]
	1 歳 6 か 月 児 健 診	<input type="checkbox"/> 受けた → 受けた場所・機関 → 結果 <input type="checkbox"/> 問題なし [<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 箕面市が実施する健診 <input type="checkbox"/> 注意点あり <input type="checkbox"/> 他市の保健所・保健センター <input type="checkbox"/> 病院、診療所]
	3 歳 半 児 健 診	<input type="checkbox"/> 受けた → 受けた場所・機関 → 結果 <input type="checkbox"/> 問題なし [<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 箕面市が実施する健診 <input type="checkbox"/> 注意点あり <input type="checkbox"/> 他市の保健所・保健センター <input type="checkbox"/> 病院、診療所]

【裏面もご記入ください】

児 童 調 書 (裏)

●下記の項目のあてはまるところに、チェックを付け、必要事項を記入してください。

発 育 の 状 態 (該当する年齢の欄にご記入ください)	0 歳 児	<input type="checkbox"/> 体重は良好に増えている(現在約 kg) <input type="checkbox"/> 首はすわっている <input type="checkbox"/> 寝返りをする <input type="checkbox"/> お座りをする <input type="checkbox"/> ハイハイをする <input type="checkbox"/> つかまり立ちをする <input type="checkbox"/> 独りで立つ <input type="checkbox"/> つたい歩きをする <input type="checkbox"/> 歩行する <input type="checkbox"/> 簡単なまねができる(ばいばいなど) <input type="checkbox"/> あやしているときに目が合う	母 乳 ・ ミ ル ク	<input type="checkbox"/> 現在飲んでいる <input type="checkbox"/> 全く飲んでいない <input type="checkbox"/> アレルギー用ミルクを飲んでいる ※表側のアレルギー欄にも記載してください。	
	(0歳児の欄もご記入ください。)	1 歳 児 ・ 2 歳 児	<input type="checkbox"/> 独りで立つ <input type="checkbox"/> つたい歩きをする <input type="checkbox"/> 歩行する <input type="checkbox"/> 転ばずに一人で上手に歩く <input type="checkbox"/> 手を引くと、階段が上がる <input type="checkbox"/> 名前を呼ぶと振り向く <input type="checkbox"/> 大人の言っている簡単なことがわかる <input type="checkbox"/> 簡単な指さしができる <input type="checkbox"/> 「マンマ」等の単語を3語以上話す <input type="checkbox"/> 簡単なやりとりができる <input type="checkbox"/> 絶えず動き回り、目が離せない	幼 児 食	<input type="checkbox"/> まだ始めている <input type="checkbox"/> 離乳食を始めている(か月から) <input type="checkbox"/> 開始を遅らせるよう医師から指導されている食品がある 食品名()
	(2歳児の欄もご記入ください。)	3 歳 児 ・ 4 歳 児 ・ 5 歳 児	<input type="checkbox"/> 走ることができる <input type="checkbox"/> まねて、丸を描く <input type="checkbox"/> 大きい、小さいがわかる <input type="checkbox"/> 自分の名前を言える <input type="checkbox"/> 指示に従うことができる <input type="checkbox"/> 大人の言っていることがわかる <input type="checkbox"/> 簡単なやりとりができる <input type="checkbox"/> 会話ができる <input type="checkbox"/> 友達と一緒に遊ぶ <input type="checkbox"/> 危険を避けられる <input type="checkbox"/> 極端に落ち着かず、動き回る	食 事	<input type="checkbox"/> 離乳食は完了している <input type="checkbox"/> 普通に食べる
			排 泄	<input type="checkbox"/> 普通に食べる <input type="checkbox"/> ひとりでおしっこが出来る <input type="checkbox"/> 教えるので連れていく <input type="checkbox"/> 教えない <input type="checkbox"/> おむつ使用 (日中・夜間のみ)	
その他心配なことやご希望などがあればお書きください。					
この用紙を記入した人： 父 ・ 母 ・ ()			記入した日： 年 月 日		

幼児教育保育室使用欄 (記入しないでください)