

児 童 調 書 (表)

●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、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。虚偽の記入がある場合、入園取り消しの可能性があります。

児童氏名			
出産	()週 ()日 ()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(光線療法) <input type="checkbox"/> その他()		
病気や 体調	病気や発達上、集団保育に配慮が必要なこと <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり(右にご記入ください。)		
	<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:) 使用している薬()		
	<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 現在 <input type="checkbox"/> 治療中である <input type="checkbox"/> 治療していない ・原因 (食べ物・花粉・動物・その他) ・アドレナリン自己注射薬(エピペン®) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ・その他使用している薬 () 使用頻度 (朝・昼・夕方以降、随時) 程度 () <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px; margin-top: 5px;">アレルギーのある項目を記載してください。</div>		
	<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: ()			
予防接種 満2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"/> 麻疹風しん(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 アレルギー用ミルクを飲んでいる場合、 表側のアレルギー欄に記載してください。	
	(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"/> まだ始めていない <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() <input type="checkbox"/> 宗教上食べられないものがある ()
	(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"/> 普通食を食べている <input type="checkbox"/> 宗教上食べられないものがある () <input type="checkbox"/> その他食事で気になること ()
			排 泄	<input type="checkbox"/> ひどりでトイレで排泄ができる <input type="checkbox"/> 尿意や便意を予告する <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		
			記入日時点の子の年齢： 生後 年 か月		