

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。
- アレルギーについては、入所を希望される園に対応可能か必ずご確認ください。
- 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。お子さんが安心して保育施設で生活するうえで大切な情報となりますので、正確な情報をご記入ください。

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-left: 20px;">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、上から順にチェックを付け、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)	<input type="checkbox"/> 体重は良好に増えている (現在約 kg)	<input type="checkbox"/> 宗教上食べられないものがある () <input type="checkbox"/> 普通食を食べている→以降のチェックは不要です。
		<div style="display: flex; flex-direction: column;"> <div style="margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center;">0 歳児</p> <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"/> あやしているときに目が合う <input type="checkbox"/> 簡単なまねができる(ばいばいなど) </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center;">1 歳児・2 歳児</p> <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"/> よく動き回り、目が離せない </div> <div> <p style="text-align: center;">3 歳児・4 歳児・5 歳児</p> <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"/> 1カ所にじっとしてられないことがある。 </div> </div>	<div style="display: flex; flex-direction: column;"> <div style="margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center;">母乳・ミルク</p> <input type="checkbox"/> 現在飲んでいる <input type="checkbox"/> 全く飲んでいない アレルギー用のミルクを飲んでいる場合、 表面のアレルギー欄に記載してください。 </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center;">離乳食</p> <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() </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center;">幼児食</p> <input type="checkbox"/> その他食事で気になること () </div> <div> <p style="text-align: center;">排泄</p> <input type="checkbox"/> ひと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) その他排泄で気になること () </div> </div>
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 月	