

児 童 調 書 (表)

- 下記の項目のあてはまる場所に、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。
なお、予防接種については受けた回数をマルしてください。
- 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。児童が安心して保育施設で生活する上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) 内服 <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 () ●状況によっては、医師の指示書や診療情報提供書を提出していただくことがあります。		
	<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:()		
	予防接種 満2か月～	受けた回数をマルしてください。 <input type="checkbox"/> B型肝炎(1・2・3)回 <input type="checkbox"/> ヒブ(1・2・3・4)回 <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌(1・2・3・4)回 <input type="checkbox"/> 四種混合(1・2・3・4)回 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻しん風しん(MR)(1・2)回 <input type="checkbox"/> 水痘(1・2)回 <input type="checkbox"/> 日本脳炎(1・2・3)回 <input type="checkbox"/> ロタ(1・2・3)回	
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】

