

児童の保育・健康状況

| | | | |
|--|--|--|---|
| フリガナ | | 生年月日 | 性別 |
| 児童名 | | 年 月 日 | |
| これまでの保育状況 | <input type="checkbox"/> 自宅で保育 児童を見ている者 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 職場へ同伴 <input type="checkbox"/> 預けている 預け先 () <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 発育状況 | 言語 | 話し始め 月 日 ころ (ママ、パパなどの一語文) まわりの話 <input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> わからない 簡単な質問に答えること <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない | 排泄 |
| | 食事 | <input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 少しできる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーン・フォーク <input type="checkbox"/> 手づかみ | |
| | 着脱衣 | <input type="checkbox"/> 自立している <input type="checkbox"/> 着れるが、ボタンができない <input type="checkbox"/> 着れないが、脱ぐことはできる <input type="checkbox"/> 着脱しようとするが、介助が必要 <input type="checkbox"/> すべてに介助が必要 | 歩く |
| | | | <input type="checkbox"/> 大小便とも自立している <input type="checkbox"/> 小便是自立しているが、大便是不完全 <input type="checkbox"/> 大便是自立しているが、小便是不完全 <input type="checkbox"/> 予告するが、介助が必要 <input type="checkbox"/> 予告せず、すべて介助が必要 <input type="checkbox"/> おむつをしている |
| 体質・病気 | かかりやすい症状はありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ↓ <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> 気管支炎になりやすい <input type="checkbox"/> 肺炎になりやすい <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい <input type="checkbox"/> 中耳炎になりやすい <input type="checkbox"/> 喘息を起こしやすい <input type="checkbox"/> 鼻血が出やすい <input type="checkbox"/> 脱臼しやすい (部位:) <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| | 今までに大きな病気やけがになったことはありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ↓ 【 歳 月 日 】 病名 () 医療機関名 () | | |
| | 現在、定期的に受診している病気やけがはありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ↓ 病名 () 医療機関名 () | | |
| アレルギー | 食べ物 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> その他 () アナフィラキシーの既往 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 発症年齢【 歳 月 日 】 | |
| | その他 | 薬品・植物・ペット等、食物以外のアレルギーがありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → () | |
| 身体障害者手帳や療育手帳をお持ちですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 | | | |
| 健診 | 受診した健診に☑をつけてください <input type="checkbox"/> 乳児健診 <input type="checkbox"/> 1歳6か月健診 <input type="checkbox"/> 2歳6か月健診 <input type="checkbox"/> 3歳健診 | | |
| 健康診断や医療機関などの受診で保健師や医師から助言または指導を受けたことがあればご記入ください <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div> | | | |
| その他、日常生活や健康上で気になることがあればご記入ください。 <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div> | | | |

この個人情報は、お子様の保育の円滑な実施のため入所した園へ情報提供させていただきます。