

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、印をつけてお答えください。

なお、この用紙に記載の内容は児童福祉法第24条第1項に基づいて、保育所において保育を実施するために、児童が入所する保育所に提供する場合があります。

児童名	男 ・ 女		生年月日	令和	年	月	日
-----	-------	--	------	----	---	---	---

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"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり (<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"/> 特に心配はない			
	<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)	通院中の病院名()	
	<input type="checkbox"/> かかりやすい病気がある。	病名()	
	<input type="checkbox"/> けいれんを起こしたことがある。			
<input type="checkbox"/> アレルギーがある。	<input type="checkbox"/> 受診している <input type="checkbox"/> 受診していない			
アレルギーの原因 食物 ・ ハウスダスト ・ その他()				
<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"/> 健康センター <input type="checkbox"/> 子ども発達支援センター <input type="checkbox"/> 児童デイサービス <input type="checkbox"/> 病院() <input type="checkbox"/> その他()				
予防接種	1回以上接種した <input type="checkbox"/> ロタウイルス(6週～) <input type="checkbox"/> ヒブ(満2か月～) <input type="checkbox"/> 肺炎球菌(満2か月～) <input type="checkbox"/> B型肝炎(満2か月～) <input type="checkbox"/> BCG(満3か月～) <input type="checkbox"/> 4種混合(満3か月～)※4種混合=(ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ) <input type="checkbox"/> 5種混合(満2か月～)※4種混合+ヒブ <input type="checkbox"/> 麻しん風しん(満1歳～) <input type="checkbox"/> 水痘(満1歳～) <input type="checkbox"/> 日本脳炎(3歳～)			
乳 幼 児 健 診	4 か 月 児 健 診	<input type="checkbox"/> 受診済 <input type="checkbox"/> 未受診	→ 受けた場所 <input type="checkbox"/> 宝塚市立健康センター <input type="checkbox"/> 他市の保健所・保健センター <input type="checkbox"/> 病院、診療所	→ 結果 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 助言あり(詳細を記入してください)
	10 か 月 児 健 診	<input type="checkbox"/> 受診済 <input type="checkbox"/> 未受診	→ 受けた場所 <input type="checkbox"/> 宝塚市立健康センター <input type="checkbox"/> 他市の保健所・保健センター <input type="checkbox"/> 病院、診療所	→ 結果 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 助言あり(詳細を記入してください)
	1 歳 6 か 月 児 健 診	<input type="checkbox"/> 受診済 <input type="checkbox"/> 未受診	→ 受けた場所 <input type="checkbox"/> 宝塚市立健康センター <input type="checkbox"/> 他市の保健所・保健センター <input type="checkbox"/> 病院、診療所	→ 結果 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 助言あり(詳細を記入してください)
	3 歳 児 健 診	<input type="checkbox"/> 受診済 <input type="checkbox"/> 未受診	→ 受けた場所 <input type="checkbox"/> 宝塚市立健康センター <input type="checkbox"/> 他市の保健所・保健センター <input type="checkbox"/> 病院、診療所	→ 結果 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 助言あり(詳細を記入してください)

裏面もご記入ください

兒童調書(裏)

下記の項目のあてはまるところに、印をつけてお答えください。

発 育 の 状 態	0歳児	<input type="checkbox"/> 体重は良好に増えている(現在約 kg)	母乳・ミルク	<input type="checkbox"/> 現在飲んでいる（母乳・ミルク） <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
		<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"/> 後追いをする	離乳食	<input type="checkbox"/> まだ始めていない <input type="checkbox"/> 離乳食を始めている（ ヶ月から） <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（ ）
	1歳児・2歳児	<input type="checkbox"/> 独りで立つ <input type="checkbox"/> 歩行する <input type="checkbox"/> 手を引くと、階段が上げられる <input type="checkbox"/> 名前を呼ぶと振り向き、視線を合わせる <input type="checkbox"/> 何かに興味をもったとき指差しをして伝える <input type="checkbox"/> 大人の言う簡単な言葉(おいで、ちょうだい等)が分かる <input type="checkbox"/> 「マンマ」等の単語を3語以上話す	幼児食	<input type="checkbox"/> 離乳食は完了している <input type="checkbox"/> 普通に食べる <input type="checkbox"/> アレルギーのもとになる食品がある 食品名（ ） <small>*食物除去は、内定後医師の食物アレルギー生活管理指導表が必要です。</small>
		<input type="checkbox"/> 2語文を話す <input type="checkbox"/> 簡単ないいつけがわかる		
		<input type="checkbox"/> 順番を待つ・座って待つなどの場面で、短い時間でも動き回り落ち着かないことがよくある		
	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"/> 目を合わせて会話ができる <input type="checkbox"/> 公園などで近くにいるお子さんに興味をもち友達と一緒に遊ぶ <input type="checkbox"/> 危険を避けられる	食事	<input type="checkbox"/> 普通に食べる <input type="checkbox"/> アレルギーのもとになる食品がある 食品名（ ） <small>*食物除去は、内定後医師の食物アレルギー生活管理指導表が必要です。</small>
<input type="checkbox"/> いつものやり方、手順にこだわりがある <input type="checkbox"/> 順番を待つ・座って待つなどの場面で、短い時間でも動き回り落ち着かないことがよくある		排泄	<input type="checkbox"/> ひとりで出来る（尿・便） <input type="checkbox"/> 教えるので連れていく（尿・便） <input type="checkbox"/> 教えない <input type="checkbox"/> おむつ使用 （日中・夜間のみ）	
該当する年齢の欄にご記入ください				
その他、心配な事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：令和 年 月 日	