

## 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 ( )ヶ月で出生 <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			
	<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ヶ月～) <input type="checkbox"/> 肺炎球菌(満2ヶ月～) <input type="checkbox"/> B型肝炎(満2ヶ月～) <input type="checkbox"/> BCG(満3ヶ月～) <input type="checkbox"/> 4種混合(満3ヶ月～)※4種混合=(ジフテリア・百日咳・破傷風・不活化ポリオ) <input type="checkbox"/> 5種混合(満2ヶ月～)※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～)		
4ヶ月児健診		<input type="checkbox"/> 受診済 → 受けた場所 → 結果 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 <input type="checkbox"/> 未受診		
	10ヶ月児健診	<input type="checkbox"/> 受診済 → 受けた場所 → 結果 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 <input type="checkbox"/> 未受診		
乳幼児健診		<input type="checkbox"/> 受診済 → 受けた場所 → 結果 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 <input type="checkbox"/> 未受診		
	1歳6ヶ月児健診	<input type="checkbox"/> 受診済 → 受けた場所 → 結果 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 <input type="checkbox"/> 未受診		
3歳児健診		<input type="checkbox"/> 受診済 → 受けた場所 → 結果 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 <input type="checkbox"/> 未受診		

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、印をつけてお答えください。

発育の状態	0歳児	□体重は良好に増えている(現在約 kg) □首はすわっている □寝返りをする □お座りをする □ハイハイをする □つかまり立ちをする □独りで立つ □後追いをする	母乳・ミルク	□現在飲んでいる(母乳・ミルク) □全く飲んでいない □アレルギー用ミルクを飲んでいる			
			離乳食	□まだ始めていない □離乳食を始めている(ヶ月から) □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( )			
			幼児食	□離乳食は完了している □普通に食べる □アレルギーのもとになる食品がある 食品名( )			
			食事	* 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。			
			排泄	□ひとりで出来る(尿・便) □教えるので連れていく(尿・便) □教えない □おむつ使用(日中・夜間のみ)			
			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			