

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	平成・令和	年	月	日
-----	-------	--	------	-------	---	---	---

出産	()週 () ^g で出生 ☐ 自然分娩 ☐ 早産 ☐ 帝王切開 ☐ 鉗子分娩 ☐ 吸引分娩 ☐ その他						
出生	☐ 異常なし ☐ 異常あり (☐ 仮死 ☐ 保育器使用 ☐ 酸素使用 ☐ 黄疸 ☐ その他)						
病 気 や 体 調	☐ 特に心配はない						
	☐ 大きな病気にかかったことがある。		病名(		)		
	☐ 手術をしたことがある。		病名(		)		
	()歳()か月のとき						
	☐ 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(		)		
	☐ かかりやすい病気がある。		病名(		)		
	☐ ひきつけを起こしたことがある。						
☐ アレルギーがある。		☐ 受診している		☐ 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(		)			
☐ 手、足、耳、目で気になることがある。		内容(		)			
☐ 病気・発達等で相談している機関がある							
機関名 : ☐ 健康センター ☐ すみれ園 ☐ やまびこ学園 ☐ こども発達総合相談 ☐ 児童デイサービス ☐ 病院() ☐ その他()							
予防接種	1回以上接種した ☐ ロタウイルス(6週～) ☐ ヒブ(満2か月～) ☐ 肺炎球菌(満2か月～) ☐ B型肝炎(満2か月～) ☐ 4種混合(満2か月～)※4種混合=(ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ) ☐ 5種混合(満2か月～)※4種混合+ヒブ ☐ BCG(満3か月～) ☐ 麻しん風しん(満1歳～) ☐ 水痘(満1歳～) ☐ 日本脳炎(3歳～)						
乳 幼 児 健 診	4 か 月 児 健 診	☐ 受けた ☐ 受けていない		→	受けた場所 ☐ 宝塚市立健康センター ☐ 他市の保健所・保健センター ☐ 病院、診療所	→	結果 ☐ 異常なし ☐ 指摘事項あり(詳細を記入してください)
	10 か 月 児 健 診	☐ 受けた ☐ 受けていない		→	受けた場所 ☐ 宝塚市立健康センター ☐ 他市の保健所・保健センター ☐ 病院、診療所	→	結果 ☐ 異常なし ☐ 指摘事項あり(詳細を記入してください)
	1 歳 6 か 月 児 健 診	☐ 受けた ☐ 受けていない		→	受けた場所 ☐ 宝塚市立健康センター ☐ 他市の保健所・保健センター ☐ 病院、診療所	→	結果 ☐ 異常なし ☐ 指摘事項あり(詳細を記入してください)
	3 歳 児 健 診	☐ 受けた ☐ 受けていない		→	受けた場所 ☐ 宝塚市立健康センター ☐ 他市の保健所・保健センター ☐ 病院、診療所	→	結果 ☐ 異常なし ☐ 指摘事項あり(詳細を記入してください)

裏面もご記入ください

