

児童調査票

お子さまの病気や症状によっては、医師の診断書等を提出いただく場合があります。

児童氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
------	--	------	-------------

(1) 出産の状態

妊娠期間	妊娠 週 日	分娩経過	☐ 正常 ☐ 骨盤位 ☐ 帝王切開 ☐ 吸引 ☐ 鉗子 ☐ 仮死 ☐ その他 ()
体重	g		
出生時の異常	☐ なし ☐ あり (病名 保育器 日)		

(2) 健康状態

	平熱	(体温 °C)		
治療中又は 経過観察中の 疾患	☐ なし ☐ あり ※ありの場合は下記に記入ください			
	病名	☐ 治療中 ☐ 経過観察中	病名	☐ 治療中 ☐ 経過観察中
	発症年齢	歳 か月	発症年齢	歳 か月
	病院名		病院名	
	通院の状況	回 /	通院の状況	回 /
医師からの集団保 育時に配慮する点 や指示について	☐ なし ☐ あり ※主治医にご確認ください。			市担当記入欄
	「あり」の場合は、別途「主治医意見書及び指示書」のご提出をお願いします。			☐ 保護者へ依頼済
服薬	☐ なし ☐ あり ※ありの場合は下記に記入ください			
	病名		病名	
	薬品名	☐ 内服 ☐ 外用 ☐ 朝 ☐ 昼 ☐ 夕	薬品名	☐ 内服 ☐ 外用 ☐ 朝 ☐ 昼 ☐ 夕
入院歴	☐ なし ☐ あり ※ありの場合は下記に記入ください			
	病名		病名	
	入院期間	年 月 ~ 年 月	入院期間	年 月 ~ 年 月
食物アレルギー	☐ なし ☐ あり ※ありの場合は下記に記入ください			
	アレルゲン	☐ 卵 ☐ 小麦 ☐ 乳 ☐ えび ☐ かに ☐ そば ☐ 落花生 ☐ その他 ()		
	症状	☐ 蕁麻疹 ☐ 下痢 ☐ 吐き気 ☐ アナフィラキシーショック ☐ その他 ()		
	エピペン	☐ 処方なし ☐ 処方あり		
	服薬	☐ なし ☐ あり (薬品名 ☐ 内服 ☐ 外用)		
	家庭で除去をしているか	☐ していない ☐ している (☐ 医師の指示 ☐ 保護者の判断)		
	園に希望する対応	☐ なし ☐ あり (内容 :)		
食事制限等	☐ なし ☐ あり (内容 :) ※園により対応範囲が異なります。詳細は園にご相談ください。			
食物外アレルギー	☐ なし ☐ あり ※ありの場合は下記に記入ください			
	アレルゲン	☐ 動物 ☐ 植物 ☐ 薬品 ☐ その他 ()		
	園に希望する対応	☐ なし ☐ あり (内容 :)		
痙攣・ひきつけ	☐ なし ☐ あり ※ありの場合は下記に記入ください			
	直近で発症した年齢	歳 ヶ月	今まで起きた回数	回
	病院名		通院の状況	回 /
	発症時発熱	☐ 発熱を伴わない ☐ 発熱を伴う (°C) ☐ 泣いたとき		
	脳波検査	☐ なし ☐ あり (結果 :)		
	服薬	☐ なし ☐ あり (薬品名 : ☐ 内服 ☐ 外用)		
	病名	☐ てんかん (発症場面 :) ☐ その他 ()		

予防接種	BCG	☐ 済		ヒブ	☐ 1回 ☐ 2回 ☐ 3回 ☐ 追加
	肺炎球菌	☐ 1回 ☐ 2回 ☐ 3回 ☐ 追加		四種混合	☐ 1回 ☐ 2回 ☐ 3回 ☐ 追加
	MR	☐ 1期 ☐ 2期		五種混合	☐ 1回 ☐ 2回 ☐ 3回 ☐ 追加
	水ぼうそう	☐ 1回 ☐ 2回		日本脳炎	☐ 1回 ☐ 2回 ☐ 3回
	ロタウイルス	☐ 1回 ☐ 2回 ☐ 3回		おたふくかぜ	☐ 1回 ☐ 2回
	その他			B型肝炎	☐ 1回 ☐ 2回 ☐ 3回
育児相談 健康診査	☐ 1か月児健診 ☐ 3～6か月児健診 ☐ 赤ちゃん育児相談 ☐ かみかみ教室 ☐ 9～11か月児健診 ☐ 1歳6か月健診 ☐ 2歳児歯科健診 ☐ 3歳児健診 ☐ その他（ ）				
発育に関する 相談について	☐ 受けたことがない ☐ 受けたことがある ※受けたことがある場合は下記に記入ください				
	内容	☐ 言葉 ☐ 発達 ☐ その他（ ）			
	相談先	☐ 病院（ ） ☐ 発達センター（ ） ☐ その他（ ）			
	指導事項	具体的に			
成長や発達面の 心配ごと、気になる ことについて	☐ 言葉について気になることがある（内容： ）				
	☐ 運動面について気になることがある（内容： ）				
	☐ 行動について気になることがある。（内容： ）				
	☐ 特になし				
	☐ その他（ ）				
手帳の有無	☐ なし ☐ 障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神福祉保健手帳 ※写しを提出のこと				
通所受給者証の有無	☐ なし ☐ あり（受給量 ）（利用施設及び頻度等 ）※写しを提出のこと				
園で注意して 欲しいことや 伝えておきたい こと	その他、発育等で心配なことがありましたらご記入ください。				

医師所見 ※入所決定後、入所施設の指示により医師の診断を受けてください。

医師所見	身長	c m	体重	g
	心雑音	☐ なし ☐ あり	股関節開排制限	☐ なし ☐ あり
	運動機能	☐ 所見なし ☐ 所見あり	ヘルニア	☐ なし ☐ あり
	その他	発育状況や集団生活における指導事項等		
	診察年月日	年 月 日	医療機関名 医師名	印

※施設記入欄