

## 児童の健康状況申告書<様式3-2>

※申し込み後、健康状況に変更が生じた場合は速やかに保育課(047-366-7351)までご連絡ください。児童の健康状況は、入園にあたって非常に大切な情報となるため、正確かつ詳細にご記載ください。申し込み内容と異なる事実(記載漏れや虚偽の記載含む)が判明した場合、内定後であっても入園が取り消しになる場合があります。  
⇒  同意します (□にチェックをしてください。)

記入日 年 月 日

児童氏名	フリガナ	男 女	生年月日	年 月 日 ( 歳 か月)	
出生の状態	・体重( g) ・身長( cm)		現在の状態	体重( kg) 身長( cm)	
	・在胎期間( 週)				
・分娩時の異常 なし・あり( )				利用希望施設(第一希望)	
・低体重児(出生時2500g未満)の場合、定期的な受診 あり・なし					
健康診査	健康診査受診 : 1か月・3-4か月・6-7か月・9-10か月・1歳・1歳6か月・3歳				
	健康診査 : 異常なし・指摘あり ⇒受診時期・指摘内容( )				
予防接種	接種しているもの全てにチェックしてください。				
	<input type="checkbox"/> ヒブワクチン <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> ロタ <input type="checkbox"/> 四種混合(DPT-IPV) <input type="checkbox"/> 日本脳炎第1期 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> 麻疹・風疹混合(MR)第1期 <input type="checkbox"/> おたふく <input type="checkbox"/> 麻疹・風疹混合(MR)第2期 <input type="checkbox"/> その他( )				

下記の内容について、該当する項目をすべて○で囲み、( )は具体的に記入してください。(複数回答可)

健康状況	アレルギー	・なし ・あり⇒内容( ) (エピペン : なし・あり)
	ひきつけ けいれん	・なし ・あり⇒( 回) ( 歳 か月の時) 原因( )
	食事	授乳中 ・母乳 ・粉ミルク(1回 ccを1日 回) ・混合
		食事方法 ・食べさせてもらう ・手づかみで食べる ・自分でスプーンやフォークを使って食べる ・コップを使うことができる ・ストローマグを使うことができる
	食事形態 ・滑らかにすりつぶした状態 ・舌でつぶせる固さ ・歯ぐきでつぶせる固さ ・普通食 ・その他( )	
排泄	<ul style="list-style-type: none"> <li>・おむつを使っている</li> <li>・おむつを使っているが、出ると言葉や仕草で知らせることがある</li> <li>・誘うとトイレに行くが、手伝いが必要</li> <li>・トイレに行きたくなると知らせる</li> <li>・失敗することもあるが、トイレで排泄する</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ひとりで寝る</li> <li>・寝る時のくせがある( )</li> <li>・添い寝が必要</li> <li>・睡眠時間(夜 : ~ 朝 : )</li> <li>・昼寝をする 時間( : ~ : )</li> </ul>	
発達の様子	着脱	<ul style="list-style-type: none"> <li>・大人が衣服の着脱を行っている</li> <li>・手伝えば自分で手足を動かし、衣服を着脱しようとする</li> <li>・自分で衣服を着脱しようとする</li> <li>・簡単な衣服の着脱ができる</li> </ul>
	言語	<ul style="list-style-type: none"> <li>・話しかけると声を出し、応えようとする</li> <li>・要求を声や指差し・手差しで表現する</li> <li>・意味のある言葉を話す(マンマ・バイバイ・ワンワン等)</li> <li>・二語文(ワンワン キタ等)を話す</li> <li>・会話でやりとりができる</li> </ul>
	運動	<ul style="list-style-type: none"> <li>・首すわり( か月頃 )</li> <li>・寝返り( か月頃 )</li> <li>・はいはい( か月頃 )</li> <li>・支えがあれば座る( か月頃 )</li> <li>・支えなしで座る( か月頃 )</li> <li>・つかまり立ち( か月頃 )</li> <li>・つたい歩き( か月頃 )</li> <li>・一人歩き( か月頃 )</li> </ul>
	情緒	<ul style="list-style-type: none"> <li>・あやすと笑う( か月頃 )</li> <li>・人見知り( か月頃 )</li> <li>・指差し・手差し( か月頃 )</li> </ul>



児童 氏名	フリガナ	男 女	生年 月日	年 月 日 ( 歳 か月)

7 その他、身体や育児に関して、気になること・伝えておきたいことがありましたらご記入ください。

8 保育所(園)で配慮してほしいことがありましたらご記入ください。

松戸市担当者記入欄

面談日 年 月 日

面談者

※裏面に、手帳等のコピーを貼付してください。

- 身体障害者手帳、療育手帳は、この用紙に貼付してください。
- 特別児童扶養手当受給の認定通知(または特別児童扶養手当の受給がわかる書類)、医師の診断書は、別途添付してください。