

児童の健康状況申告書＜様式3-2＞

※申込後、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。申込内容と異なる事実(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) ・在胎期間 (週) ・分娩時の異常 なし ・ あり () ・低体重児(出生時2500g未満)の場合、定期的な受診 あり ・ なし		現在の 状態	体重(kg) 身長(cm)	
			利用希望施設 (第一希望)		
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。				
	☐ ヒブワクチン ☐ 小児用肺炎球菌 ☐ ロタ ☐ 四種混合(DPT-IPV) ☐ 五種混合 ☐ 日本脳炎第1期 ☐ B型肝炎 ☐ BCG ☐ 水ぼうそう ☐ 麻疹・風疹混合(MR)第1期 ☐ おたふく ☐ 麻疹・風疹混合(MR)第2期 ☐ 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を約 分で飲む。1日 回) ・ 混合			
		食事方法	・ 食べさせてもらう ・ 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	・ ペースト状(初期) ・ 柔らかくつぶした物(中期) ・ 5ミリ角くらいの大きさに潰きでつぶせる柔らかさ(後期) ・ 軟飯 ・ 普通食			
		食事時間	約 分 ※1回の食事にかかる時間			
	排泄	・ おむつを使っている ・ 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 ・ 誘うとトイレに行くが、手伝いが必要 ・ トイレに行きたくなると知らせる ・ 失敗することもあるが、トイレで排泄する				
	睡眠	・ ひとりで寝る ・ 寝る時のくせがある() ・ 添い寝が必要 ・ 睡眠時間 (夜 : ~ 朝 :) ・ 昼寝をする 時間 (: ~ :)				
	発 達 の 様 子	着脱	・ 大人が衣服の着脱を行っている ・ 手伝えば自分で手足を動かし、衣服を着脱しようとする ・ 自分で衣服を着脱しようとする ・ 簡単な衣服の着脱ができる			
		言語	・ 話しかけると声を出し、応えようとする ・ 要求を声や指差し・手差しで表現する ・ 意味のある言葉を話す(マンマ・バイバイ・ワンワン等) ・ 二語文(ワンワン キタ等)を話す ・ 会話でやりとりができる			
運動		・ 首すわり (か月頃) ・ 寝返り (か月頃) ・ はいはい (か月頃) ・ 支えがあれば座る (か月頃) ・ 支えなしで座る (か月頃) ・ つかまり立ち (か月頃) ・ つたい歩き (か月頃) ・ 一人歩き (か月頃)				
情緒		・ あやすと笑う (か月頃) ・ 人見知り (か月頃) ・ 指差し・手差し (か月頃)				

現在の状態

診断名			
	・手術歴 : なし ・ あり ・手術予定 : なし ・ あり(手術予定時期:)		
	【主治医】	病院・医院	科 先生
1 医療的ケアの必要性 なし ・ あり (以下に記入してください)			
・経管栄養 (経鼻 / 胃ろう / 腸ろう) ・酸素管理 ・人工呼吸器の管理 ・導尿 (一部介助 / 完全介助) ・吸引(口鼻腔 / エアウェイ内 / 気管カニューレ内部) ・血糖値測定・インスリン注射 ・定時の薬液吸入、投薬 ・ストマの管理 ・その他()			
【具体的な内容】			
【かかりつけ医】			
病院・医院 _____ 科 _____ 先生			
病院・医院 _____ 科 _____ 先生			
2 主治医またはかかりつけ医から必要とされている配慮			
配慮の内容:			
3 薬の使用 なし ・ あり (以下に記入してください)			
【名称】() (朝 ・ 昼 ・ 夕) (飲み薬 ・ 塗り薬 ・ その他) 【どのようなときに】() 【名称】() (朝 ・ 昼 ・ 夕) (飲み薬 ・ 塗り薬 ・ その他) 【どのようなときに】()			
4 療育施設及び児童発達支援事業所等の利用 【保育所(園)等・一時預かり・日中一時利用も含む】 なし ・ 過去に利用 ・ 現在利用中			
施設名 () 利用開始日 : 年 月 ～ 年 月 利用状況 : 月 回 ・ 週 回(月・火・水・木・金・土・日) 利用時間 : 時 ～ 時まで 保育施設入所後の利用予定 : あり ・ なし		施設名 () 利用開始日 : 年 月 ～ 年 月 利用状況 : 月 回 ・ 週 回(月・火・水・木・金・土・日) 利用時間 : 時 ～ 時まで 保育施設入所後の利用予定 : あり ・ なし	
5 松戸市子ども発達センター利用の有無 なし ・ あり (以下に記入してください)			
利用部分 : 通園部(1階) ・ 外来療育(2階) 利用開始日 : 年 月 ～ 年 月 利用状況 : 月 回 ・ 週 回(月・火・水・木・金) 利用時間 : 時 ～ 時まで 保育施設入所後の利用予定 : あり ・ なし			
6 身体障害者手帳や療育手帳等の有無			
療育手帳 : なし ・ あり (の) 身体障害手帳 : なし ・ あり (級) 通所受給者証 : なし ・ あり 特別児童扶養手当受給の認定を受けている : はい ・ いいえ			

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。