

入所希望日時時点で 0・1・2歳児対象

児 童 健 康 問 診 票

記入日 年 月 日

※安全に保育を実施するため、お子さんの健康状態を確認させていただくものです。全ての項目について、記入漏れがないように記入してください。

ふりがな 児童氏名			男 ・ 女	年 月 日（生）	歳 か月
児 童 の 発 達	出生時体重 g 在胎週数 週			現在の体重（ ）kg 身長（ ）cm	
	出生時、またはその後、何かありましたか。（ はい ・ いいえ ） →はいの場合 仮死・その他（ ）				
	首のすわり（ ）か月 寝返り（ ）か月 支えなくても座る（ ）か月				
	人見知り（ ）か月 はいはい（ ）か月 つかまり立ち（ ）か月				
	伝い歩き（ ）か月 一人歩き（ ）か月 欲しい物を指差しで伝える（ ）か月				
	一語文を話す（例：ママ、ワンワン）（ はい ・ いいえ ）				
	二語文を話す（例：電車きた）（ はい ・ いいえ ）				
	簡単な指示・禁止が分かる（例：～持ってきて）（ はい ・ いいえ ）				
	簡単な会話ができる（例：お母さんはどこへ行ったの→買い物に行った）（ はい ・ いいえ ）				
	睡眠時間（ 時～ 時） 午睡はしますか。（ はい ・ いいえ ）				
	好きな遊び（ ）				
	乳幼児健康診査について（受診していれば○をつけてください）				
	1か月健診（ ） 4か月健診（ ） 後期健診（ ） 1歳7か月健診（ ） 2歳6か月健診（ ） 3歳6か月健診（ ）				
	乳幼児健康診査で気になると言われたことがありますか。（ はい ・ いいえ ） →はいの場合、どのような点ですか。 （ ）				
	身 体 の 様 子	集団保育の経験はありますか。（ はい ・ いいえ ） →はいの場合、（ 歳児から ・ 園名 ）			
身体の発育・発達について心配なことがありますか。					
ない ある ⇒「体重が増えにくい、ことばが遅い、落ち着きがない、専門施設で相談している」など、 気になることがあれば、 <u>下記に記入してください。</u>					

※裏面にも記入してください

裏面

ふりがな
児童氏名

身 体 の 様 子	アレルギーについて			
	①食物アレルギー（ なし ・ あり ） ありの場合→食材（ ）・症状（ ） かかりつけ医療機関（ ）			
	②その他のアレルギー（ なし ・ あり ） ありの場合→原因（ ）・症状（ ） かかりつけ医療機関（ ）			
	「ひきつけた」ことがありますか （ なし ・ あり ）			
	ありの場合→ （ ）歳ごろ 熱は（ 出た ・ 出なかった ）			
	「ぜんそく」と言われたことがありますか （ なし ・ あり ）			
	ありの場合→ （ ）歳ごろ			
	現在、または過去に、定期的に治療・受診が必要な疾患などありましたか（ なし ・ あり ）			
予 防 接 種	ありの場合→ 疾患名（ ）・かかりつけ医療機関（ ） 日常生活で気をつけること（ ）			
	BCG （ ）	三種・五種混合 1回目（ ）2回目（ ）3回目（ ） 追加①（ ） 追加②（ ）	MR（麻疹・風疹） 1回目（ ） 2回目（ ）	水痘（水ぼうそう） 1回目（ ） 2回目（ ）
そ の 他	集団保育に入るにあたって気になること、心配なことがあればお書きください。			

※申し込み児童の健康、発達状況について、保護者の方へ問い合わせする場合がありますので、ご了承ください。