

子どもの健康チェック表

お子様1人につき1枚記入してください(両面記入)。このチェック表は入所する保育所に情報提供します。保育所等での集団保育において、お子様を安全に預けていただくための大事な資料になりますので、誤りのないよう記載してください。虚偽記載の場合は入所決定を取り消す(退所になる)ことがあります。

ふりがな		性別	生年月日	かかりつけ医院	記入日
氏名		男・女	年 月 日		年 月 日
1. 出産時の状況					
(1) 妊娠期間		週 日			
(2) 出産時の児童の状態		体重(g)	身長(cm)	頭囲(cm)	
(3) 出産時に特別な処置がありましたか(保育器使用など) なし・あり ()					
2. 発達状況について		3. 乳幼児健診の状況について			
首すわり	か月	1か月児健診	健康・要観察・未受診	相談・指摘内容	
寝返り	か月・未				
おすわり	か月・未	4か月児健診	健康・要観察・未受診	相談・指摘内容	
ハイハイ	か月・未				
つかまり立ち	か月・未	10か月児健診	健康・要観察・未受診	相談・指摘内容	
つたい歩き	か月・未				
ひとり歩き	か月・未	1歳6か月児健診	健康・要観察・未受診	相談・指摘内容	
現在の体重 (g)					
現在の身長 (cm)		3歳児健診	健康・要観察・未受診	相談・指摘内容	
4. 予防接種について(接種したもののすべてに○をつけてください)					
インフルエンザ 菌b型(Hib)	1回	BCG		B型肝炎	1回
	2回	MR(麻しん・ 風しん)	1期		2回
	3回		2期		3回
	追加	麻しん	かかった		
小児用肺炎球 菌	1回	風しん	かかった	ロタウイルス	1回
	2回	水痘(水ぼ うそう)	1期		2回
	3回		2期		3回
	追加		かかった	おたふくかぜ	
五種混合 (四種混合)	1回	日本脳炎	1回		
	2回		2回		
	3回		1期追加		
	1期追加				
5. これまでにかかった病気等と現在の様子					
(1)心臓病 (2)腎臓病 (3)けいれん (4)てんかん (5)肘内障(ひじがぬける) (6)ぜんそく (7)アトピー性皮膚炎 (8)食物アレルギー(裏面に具体的に記載) (9)特になし (10)その他の病気()					
上記の項目について、かかったときの様子と、現在の症状や医師の指示等について記入してください。					
番号	診断名	かかったときの様子		現在の症状・医師の指示・病院名等	
記入例 (3)	熱性けいれん	1歳4か月のとき39℃の熱でけいれんし、意識がなくなり救急車を呼んだ。		熱38℃以上になれば座薬を入れるよう指示されている(〇〇病院)	

6. お子さんのこれまでの状況について			
1歳頃 まで	家族といっしょにいるとき、話しかけるような声を出しますか。	はい	いいえ
	そっと近づいて、ささやき声で呼びかけると振り向きますか。	はい	いいえ
	知らない人を見ると不安そうな顔をしたり、泣いたりするような人見知りをしますか。	はい	いいえ
	後追いをしますか。	はい	いいえ
	バイバイ・コンニチハなどの身振りをしますか。	はい	いいえ
2歳頃 まで	大人の言う簡単なことば(おいで、ちょうだいなど)がわかりますか。	はい	いいえ
	パパ、ママ、ブーブーなど意味のあることばを話し始めた時期はいつですか。	歳	か月頃
	名前を呼ぶと、視線を合わせますか。	はい	いいえ
	スーパーなど外出時に、よく迷子になりますか。	いいえ	はい
	何かに興味を持ったとき、指をさして伝えようとしますか。	はい	いいえ
	テレビや大人の身振りのまねをしますか。	はい	いいえ
3歳頃 ～ 5歳頃	あなたが部屋の中の離れたところにあるおもちゃを指でさすと、お子さんはその方向を見ますか。	はい	いいえ
	2語文(「ワンワン キタ」「マンマ チョウダイ」など)を言いますか。	はい	いいえ
	クレヨンなどで丸(円)を描きますか。	はい	いいえ
	自分の名前を言いますか。	はい	いいえ
	目を合せて会話ができますか。	はい	いいえ
	相手を気にせず一方的に話すことがありますか。	いいえ	はい
	ままごと、ヒーローごっこなどで遊んでいますか。	はい	いいえ
4歳頃	公園など外で、近くにいる他のお子さんに興味を持ちますか。	はい	いいえ
	いつもの道順・やり方・手順が変わると混乱するようなことはありますか。	いいえ	はい
	おしっこをひとりでしますか。	はい	いいえ
5歳頃	衣服をひとりで着替えますか。	はい	いいえ
	うんちをひとりでしますか。	はい	いいえ
はっきりした発音で話せますか。		はい	いいえ
7. 栄養状況について		8. 食物アレルギーについて	
(1) 栄養法 母乳 ・ 混合 ・ ミルク		なし ・ あり (ありの場合下記も記入してください)	
(2) 哺乳瓶 使える ・ 使えない		(1) 除去している食材名 ()	
(3) コップ 使える ・ 使えない		(2) アレルギー症状・状態 ()	
(4) 離乳食 開始時期: 生後 か月頃 回数: 回/日 形態: 初期 ・ 中期 ・ 後期 ・ 完了期		(3) アナフィラキシー あり ・ なし	
		(4) 処方薬() 用法: 定期 ・ 頓服	
		9. 食物以外のアレルギー	
(5) 普通食 自立 ・ 手伝いが必要 ・ 自分で食べることができない		なし ・ あり()	
10. 療育手帳・身体障害者手帳の交付			
あり(療育 ・ 身体障害) ※手帳の写しを添付してください ・ なし			
11. 特別児童扶養手当の受給(適用)			
あり ・ なし			
12. 保育所等に入所するにあたり、発育や発達、病気のことなどで伝えておきたいことや、健診等で助言を受けていること、特別に配慮が必要なことなどありましたら、具体的にご記入ください。			
(職員記入欄)			
受付日 年 月 日 (満 歳 か月)			