

【申込児童の健康状況について】

お子さんの状況によっては、区指定の「発達のようなす」、または医師記載の「意見書(診断書)」を提出していただくことがあります。
記載内容に虚偽等があった場合は内定取消又は退所となる場合がありますので、お子さんの現在の状況について正しくご記載ください。

◆該当するものに☑をお願いします。

◆別途、母子手帳のコピー(直近に受けた健康診査のページのみ。A4サイズ)をご提出ください。

児 童	フリガナ 氏名		生年月日		年	月	日
	出生体重	g	妊娠期間	週			
発 達 の 様 子	首のすわり (か月) □未	寝返り (か月) □未	健康 診 査	3～4か月健診	□健康	□指摘あり	□未受診
	お座り (か月) □未	はいはい (か月) □未		6～7か月健診	□健康	□指摘あり	□未受診
	つかまり立ち (か月) □未	歩き始め (か月) □未		9～10か月健診	□健康	□指摘あり	□未受診
	「ママ」「ブーブー」等単語の話しはじめ (か月) □未			1歳6か月健診	□健康	□指摘あり	□未受診
				3歳児健診	□健康	□指摘あり	□未受診
	呼ばれると振り向きませんか？	□はい □いいえ	健診時の相談内容や担当者から言われたこと 医師の指示により必要な配慮等があればご記入下さい。				
視線が合いますか？	□はい □いいえ	[記入欄]					
病 歴 等	アトピー性皮膚炎	□ある □ない □不明	ことばや発達について相談している病院・施設は？				
	喘息	□ある □ない	□ある⇒病名・症状等 () □ない				
	熱性けいれん(ひきつけ) 「ある」場合は※印記入	□ある □ない ※最後 年 月 ※これまでに 回	病院・施設名：				
	治療中・経過観察中の病気 病名 ()	□ある □ない	□ 子ども家庭総合支援センター □ 心身障害児総合医療療育センター □ 健康福祉センター □ 教育支援センター □ 子ども発達支援センター □ その他 ()				
	保育する上で配慮は必要ですか？	□はい □いいえ	身体障害者手帳・愛の手帳の有無 ※コピーをご提出ください。 □ あり (級・度) □ なし				
食物アレルギー	□ あり⇒制限する食品に☑ □ ない □ 不明		要支援児保育の希望の有無				
□ 卵 □ 乳 □ 小麦 □ 大豆 □ そば □ その他 ()			□ 希望する □ 希望しない				
常用薬の使用	□ あり⇒下記に薬名を記入 □ ない		特別児童扶養手当を受給していますか？(特別児童扶養手当の支給要件 に該当するが、所得制限により手当の支給がされていない場合を含む)				
薬名 () どのような薬ですか？ () 服用時間 □ 朝 □ 昼 □ 夜 □ その他 ()			□ はい □ いいえ				
▼1歳以上のお子さんについて以下の項目(①～⑥)をお答えください。							
①視線が合わなかったり目の動きが気になることがありますか					□ いいえ □ はい		
②大人の言う簡単な言葉(おいで・ちょうだい)などがわかりますか					□ はい □ いいえ		
③二語文(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		
④人をたたく・かみつく・ひっかく・物を投げるなどで困ることがありますか はいの方はどんな時ですか ()					□ いいえ □ はい		
⑤嬉しい時や思い通りにいかないときなどにすぐ奇声を発することがありますか					□ いいえ □ はい		
⑥落ち着きなく動き回って困ることがありますか はいの方はどんな時ですか ()					□ いいえ □ はい		
▼3歳以上のお子さんについては以下の項目(⑦～⑩)も併せてお答えください。							
⑦ことばでのやりとりができますか					□ はい □ いいえ		
⑧危険なことがある程度わかりますか(車・火・刃物など)					□ はい □ いいえ		
⑨危険な行為を大人の声かけでやめることができますか					□ はい □ いいえ		
⑩特定のことにこだわり、行動の切り替えができない又は泣いて動けないことが日々の中で しばしばあります(偏食・過食・手をつながないなども含む) はいの方はどんな時ですか ()					□ いいえ □ はい		