

児童の健康状況申告書

※本申告書は申込児童1名につき、1枚記入して下さい。申込児童が2名以上の場合は追加配布またはコピーのうえ、作成して下さい。

フリガナ		記入日時点の年齢	歳 月	
児童名				

問	答	
① 生まれた時の状況は	<input type="checkbox"/> 通常分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 早産 <input type="checkbox"/> 仮死	
② 生まれた時の体重はいくらですか	g	
③ 生まれた時は妊娠何週でしたか	週	
⇒②で2,000g未満、または③で36週未満だった場合、現在の身長・体重	身長	体重
	cm	kg
④ 首がすわったのはいつ頃ですか（※記入日時点で月齢5か月以上の場合のみ記入）	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> まだ
⑤ ひとり座りができるようになったのはいつ頃ですか。 （※記入日時点で月齢5か月以上の場合のみ記入）	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> まだ
⑥ 先天性の病気や慢性疾患及び発育・発達の相談等で、病院や施設に通っていますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
⇒「はい」の場合、病名等（ ） 通院・通所施設名（ ）		
通院・通所回数 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週 に（ ）回 <input type="checkbox"/> 通院・通所中 <input type="checkbox"/> 通院・通所予定		
通院・通所の目的 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
⑦ 先天性の病気や慢性疾患による医療的ケアがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
⇒「はい」の場合、医療的ケアの内容		
<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
⑧ 熱性けいれんやひきつけを起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
⑨ 障害者手帳等の交付を受けていますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
⇒「はい」の場合、①手帳種別 ※必ず手帳の写しを添付してください。 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育（等級： ）		
②特別児童扶養手当受給の有無 <input type="checkbox"/> 有（等級： 級） <input type="checkbox"/> 無		
⑩ アレルギー疾患と診断されていますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
⇒「はい」の場合、具体的な内容（ ）		
⑪ 健康診査を受診しましたか（※4か月児、1歳6か月児、3歳児健康診査）	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
⑫ ⑪で「はい」の場合、受診した健康診査の結果、気になることがありましたか。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
⇒「はい」の場合、その具体的な内容（ ）		
⑬ 心身、言語等の発達において気になることがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
⇒「はい」の場合、その具体的な内容（ ）		
⑭ 歩き始めたのはいつごろですか	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> まだ
⑮ 理由なく突然たいたり、かみついたり奇声をあげたりしますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
⑯ 生活に支障をきたす程、特定のことにこだわりますか。 （※数字・図形・水遊び・食べ物・回るものなど）	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
⑰ 人に触れられる、大きな音などを極端に嫌がりますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
⑱ 後追いをしますか（しましたか）	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
⑲ 名前を呼ばれたら返事しますか（※呼ばれたことがわかり、反応する）	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
⑳ 意味のある単語（物の名称など）を話しますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
㉑ 話しかけられた人と目を合わせますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
㉒ 簡単な指示を理解できますか（「～チョウダイ」「マッテテネ」など）	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
㉓ 危険な行為を大人の表情や、簡単な言葉かけでやめる事ができますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
㉔ あいさつ・返事など生活や遊びに必要な言葉を使えますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
㉕ ほかの子どもや周囲に関心を示しますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
㉖ 自由記入（※その他、児童について、気になることがあればご記入ください。）		