**健　康　状　況　お　し　ら　せ　表**

　お子さんが「安全に」「楽しく」、保護者のみなさんが「安心して」保育施設を利用することが

できるように、現在の健康状況について記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 生年月日 |  |

１．アレルギー等について

　安全性を最優先とするため、状況によってはお弁当・おやつ持参をお願いする場合があります。

|  |  |
| --- | --- |
| 食物アレルギー | 医師の指示や症状が出たため除去している食品はありますか。  無　・　摂取していないため不明  有　小麦 ・ 卵 ・ 乳 ・ くるみ ・ えび ・ かに ・ そば ・ 落花生  　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 食物以外のアレルギー | 無　・　有　（詳細　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| アナフィラキシーショック | 無　・　有　（対応　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 授乳・離乳食 | 順調にすすんでいますか または すすんでいましたか  はい ・ いいえ（詳細　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 宗教上の配慮 | 宗教上の理由で、食べられない食品や配慮が必要な事柄がありますか。  いいえ ・ はい（詳細　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他 | アレルギー等について、伝えておきたいことがあれば記入してください。 |

２．体質や病気、健診について

|  |  |
| --- | --- |
| 体質 | 特になし・発熱しやすい・下痢をしやすい・関節が外れやすい  肌が弱い・便秘がち・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 病気や事故での入院・  今までにかかった大きな病気 | 無 ・ 有（病名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　（期間　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　（現在の状況　完治 ・ 経過観察中 ・ 治療中） |
| 治療中の病気 | 無 ・ 有（定期受診含む）  　　　病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　通院状況（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　服薬の無・有（薬品名　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　（服薬時間帯　１日　　　回／朝・昼・夜） |
| ひきつけ・けいれん | 無 ・ 有（回数　　　　回・時期　　　　　　　　　頃）  　　　　　原因（熱　　　度出たときにおこる・熱がなくてもおこる  　　　　　　　　泣いたときにおこる・その他　　　　　　　　　　） |
| 健診受診歴 | 乳児健診（１か月～１０か月）　受診・未受診  　　　　指摘事項　無・有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  １歳半健診　受診・未受診　指摘事項　無・有（　　　　　　　　　）  ３歳児健診　受診・未受診　指摘事項　無・有（　　　　　　　　　） |

３．発達の様子について

|  |  |
| --- | --- |
| 首がすわった時期 | 歳　　　　　か月頃 |
| 支えがなくても座り始めた時期 | 歳　　　　　か月頃 |
| 寝返りをした時期 | 歳　　　　　か月頃 |
| はいはいを始めた時期 | 歳　　　　　か月頃 |
| つたい歩きを始めた時期 | 歳　　　　　か月頃 |
| ひとりで歩き始めた時期 | 歳　　　　　か月頃 |

　記入時点の年齢で記入をお願いします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ０歳 | あやしたり一緒に遊んだりするとよく笑いますか | はい ・ いいえ |
| 名前を呼ぶと振り向いたり、音に反応したりして目が合いますか | はい ・ いいえ |
| 近くにあるものに手を伸ばしてつかもうとしますか | はい ・ いいえ |
| 「アー」や「ウー」など声を出しますか | はい ・ いいえ |
| １歳  ２歳 | 離れたところを指さすと、その方向を見ますか | はい ・ いいえ |
| 名前を呼ぶと反応しますか | はい ・ いいえ |
| 身振りや手振りで気持ちを伝えようとしますか | はい ・ いいえ |
| 意味のある言葉（ママ・ニャンニャンなど）をいくつか言いますか | はい ・ いいえ |
| 大人の言う簡単な言葉（おいでなど）が分かり行動しようとしますか | はい ・ いいえ |
| こだわりが強い、かんしゃくを起こしたりして困った経験がありますか | はい ・ いいえ |
| ３歳  ４歳  ５歳 | 自分の名前が言えますか | はい ・ いいえ |
| 自分のしてきた経験を保護者に話そうとしますか | はい ・ いいえ |
| 約束やルールを守って遊ぶことができますか | はい ・ いいえ |
| 絶えず動き回って目が離せないなど困った経験はありますか | はい ・ いいえ |
| 言葉や発音に気になることがありますか | はい ・ いいえ |
| こだわりや行動に気になるがありますか | はい ・ いいえ |

４．その他

|  |  |
| --- | --- |
| 健康や言葉、発達について相談している機関や病院がありますか | はい ・ いいえ  機関・病院名（　　　　　　　　　　　　　　　　）  相談内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 集団生活は初めてですか | はい ・ いいえ（父・母・他　　　　　　　　　　）  　　　　保育施設名（　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　年　　　月　　　日利用開始 |
| お子さんの健康や発達状況について子育て支援課・保育施設・福祉健康課が連携し、情報を共有することに同意しますか | はい ・ いいえ  保護者署名 |
| 保育施設利用にあたり事前に配慮してほしい  ことやお願いがあれば記入してください |  |
| 発育状況や生活面などで心配なことがあれば  記入してください |  |