****

**【申込児童の健康調査】　該当する □ にチェック及び記入をしてください。**

**ご記入された内容は、利用されている発育・発達に関する相談室や教室等と情報を連携し、保育所等へ提供することがあります。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **申込児童氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）** | （　　　　　 　　　　　） | **生年月日** | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| **成育歴について** | 【出生時の状況】 正常分娩　　 早産（　　　か月）  【身長・体重】  出生時：身長（　　　　cm）　体重（　　　　　　g）  現在：身長（　　　　cm）　体重（　　　　　　kg） | | |
| **乳幼児健診について** | 受診済み ⇒ ※受診済みの健診にチェックしてください。　　　未受診  １か月児健診 　４か月児健診 　 ８～１０か月児健診 　 １歳６か月児健診  ３歳児健診  【健診時の指摘事項】なし　あり ⇒ ※ありの場合は下記に指摘内容を記入してください。  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| **発育・発達等について** | 【首のすわり】（　　　　　か月頃）　【歩行の開始】（　　　　　か月頃）  【発語】喃語　単語　二語文　なんでも話せる | | |
| **発育・発達に関する相談歴について** | 相談歴なし  　相談歴あり ⇒ ※下記に詳細を記入してください。  【いつ】（　　　歳　　　か月頃）  【相談機関等】  こども発達支援室 くれよん　　児童発達支援（事業所名：　　　　　　　　　　　　　）  その他の支援教室等（教室名：　　　　　　　　　　 主催：　　　　　　　　　　　　　）  　現在も利用を継続している　【利用状況】　週 ・ 月　　　回 　現在は利用していない | | |
| **健康状況について** | 良好  　持病・治療中の病気がある ⇒ ※下記の該当する□にチェック及び詳細を記入してください。  　ぜんそく　※服薬　１日　　回／朝・昼・晩・就寝前・発作時　薬の名前：  　心臓疾患 ※服薬　１日　　回／朝・昼・晩・就寝前・発作時　薬の名前：  　熱性けいれん 　※いつごろありましたか？（　　　　　歳頃）  　アトピー  　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| **かかりつけの医療機関** | ない  　ある　医療機関名：　　　　　　　　　　　　通院頻度：　週　・　月　・　年　　　　　回 | | |
| **アレルギーについて** | ない  　ある　⇒ ※下記に詳細を記入  牛乳　卵　小麦　甲殻類（えび・かに）　大豆　果物（　　　　　　　　　　）  そば　その他（　　　　　　　　　　　　） | | |
| **除去食について** | 必要なし  　必要あり　⇒　食物アレルギー　宗教上の理由  制限されている食べ物（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※除去内容によっては、対応できない場合もあります。事前に必ず入所希望保育所等にご確認ください。 | | |
| **障がいの有無** | なし  　あり（ 身体障害者手帳　 療育手帳　 精神障害者保健福祉手帳）  　交付申請中（ 身体障害者手帳　 療育手帳　 精神障害者保健福祉手帳） | | |
| 自由記入欄（※上記で記入した内容について、入園後、施設側で配慮が必要なことがある場合は必ず詳細についてご記入ください。） | | | |