

児童の保育・健康状況

保護者名		住 所			
児 童 名		生年月日		性別	
これまでの 保育状況	1 自宅で保育 児童を見ている者 父・母・祖父・祖母・その他()				
	2 職場へ同伴	3 預けている 預け先()			
	4 その他 ()				
心身の 発育 状況	食 事	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 少しできる <input type="checkbox"/> できない			
	排 泄	小便	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 知らせることができる <input type="checkbox"/> できない		
		大便	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 知らせることができる <input type="checkbox"/> できない		
	衣類の着脱	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 簡単なものはできる <input type="checkbox"/> できない			
	言 語	話しはじめ () ヶ月ころからである)			
歩 く	ひとり歩きは() 歳 ヶ月ころからである)				
体 質	アレルギー体質ですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (食品名・薬品名を下記に記入) ()			
	食べ物に制限はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (品目を下記に記入) ()			
	アトピー	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()			
	かかりやすい病気()				
	その他 ()				

検診について	
乳幼児健診	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない
1歳6ヶ月検診	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない
3歳6か月検診	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない
健康診断や医療機関などの受診で医師や保健師から指導または助言を受けたことがあればご記入ください。 ()	
入院したことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある () 歳のころ、期間: (病名)
現在治療中の病気がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (病名)
身体障がい・事故後遺症がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (病名)
※あるの場合、手帳の取得はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (療育手帳・身体障害者手帳 級)
その他、日常生活や健康上で気になることがあればご記入ください。 ()	