



## ⑥児童の健康状況について

この調査は、児童の発達や健康状況を入所前に確認し、安全にお預かりができるようにするためのものです。  
 あてはまる口欄にチェックして、該当する場合は( )に漏れがないように記入してください。  
 なお、回答内容で入所の可否を決定するものではありません。

**※申請児童の年齢に関わらず、全ての項目について回答してください。**

1. お子様の成長発達について		3. 定期健診等について	
出生時	身長	cm	乳幼児健康診査を受診していますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	体重	g	
3歳未満児	首がすわったのはいつですか ( ) か月)		受診した健康診査に✓してください <input type="checkbox"/> 4か月健診 <input type="checkbox"/> 10か月健診 <input type="checkbox"/> 1歳6か月健診 <input type="checkbox"/> 3歳児健診
	ハイハイしたのはいつですか ( ) か月)		
	歩き始めたのはいつですか ( ) か月)		乳幼児健康診査で指摘を受けましたか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ⇒「はい」の場合、指摘内容を記入してください (指摘内容)
	音や声のする方に向きますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	言葉を1~2語、正しくまねますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
3歳以上児	赤、青、黄、緑がわかりますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		発育や発達上のことで専門機関に相談・通所したことがありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ⇒「はい」の場合、下記を記入してください
	ごっこ遊びをすることがありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	話相手と目が合いますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	静かな場所で落ち着いて遊ぶことができますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	絵本やお話をしっかり聞くことができますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
会話について	話しはじめの時期 ( ) 歳 か月)		施設名 理由 相談・通所の状況
	お話の状況 (該当する項目に✓してください。)		
	<input type="checkbox"/> 喃語(「アー、アー」程度) <input type="checkbox"/> 単語程度		今までに「ひきつけ」や「けいれん」を起こしたことはありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ⇒「はい」の場合、下記を記入してください
	<input type="checkbox"/> 2語文(「ワンワン、キタ」など) <input type="checkbox"/> 会話、やり取り		
2. 体質について			
アレルギーなど	食べ物やその他のものでアレルギー反応がでたことがありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ⇒「はい」の場合、下記を記入してください		病名・治療について
	アレルギーの種類		
	家庭での対応(除去食等)		
	アナフィラキシーがありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	エビベンを持っていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
病院で受診したことはありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ →最後に受診したのはいつですか ( ) 年 月頃)		治療状況 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 治療中 ⇒「治療中」の場合は、治療内容を記載してください	
その他の理由による食事制限はありますか(宗教上で食べられないものなど) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ⇒「はい」の場合、下記を記入してください			
種類		障がい等により手帳をお持ちですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ⇒「はい」の場合、下記を記入してください	
対応			
その他	次の項目に該当すると思われる項目に✓をいれてください		手帳の種類 <input type="checkbox"/> 該当するものに○をつけてください 身障 療育 精神 級
	<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> じんましん		

## 5. 備考

入所にあたり、健康・発達・行動面で気になることがありましたらご記入ください

### 【同意事項】

- ・申込み調査票裏面の「児童の健康状況について」に関して、入所希望施設への情報提供に同意します
- ・就労証明書等を定められた期日までに提出できない場合は、申し込みを取り消される場合があることに同意します

保護者氏名 \_\_\_\_\_