

健康票

この書類は、お子さまが安心して集団保育の中で生活ができるように状況を把握するものです。
 大切な資料となりますので、できるだけ具体的に記入漏れがないようご記入ください。
 (裏面もごさいます。)

① 成育歴(□は該当するものに✓をご記入ください)

児童氏名		生年月日	性別	障害者手帳の有無	児童の状況
フリガナ 氏名		H R . .		有・無	<input type="checkbox"/> 自宅で父・母が保育 <input type="checkbox"/> 施設で保育(施設名:) <input type="checkbox"/> 勤務先へ同伴 <input type="checkbox"/> その他()
出生時の状況	体重()g	在胎週数()週	すぐ泣きましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
現在の状況	体重()kg	身長()cm	測定日 年 月 日		
0歳の頃の状況	<input type="checkbox"/> お乳をよく飲む <input type="checkbox"/> 首がすわる ()か月 <input type="checkbox"/> あやすとよく笑う <input type="checkbox"/> 寝返りをする ()か月 <input type="checkbox"/> 一人で座る ()か月 <input type="checkbox"/> ハイハイする ()か月 <input type="checkbox"/> つかまり立ちをする ()か月	2歳の頃の状況	<input type="checkbox"/> 走ることができる <input type="checkbox"/> 二語文を話す <input type="checkbox"/> 何でも自分でしたがる		
		3歳の頃の状況	<input type="checkbox"/> 自分の名前が言える <input type="checkbox"/> ごっこ遊びをする <input type="checkbox"/> おむつが取れている <input type="checkbox"/> 服を一人で脱げる		
1歳の頃の状況	<input type="checkbox"/> つたい歩きをする ()か月 <input type="checkbox"/> 一人で歩く ()か月 <input type="checkbox"/> 大人の言う簡単な言葉が分かる 例) おいで・ちょうだい等 <input type="checkbox"/> 指さしをする <input type="checkbox"/> 意味のある言葉を話す 例) ママ、プープー等	4・5歳の頃の状況	<input type="checkbox"/> 会話ができる <input type="checkbox"/> 友達と一緒に遊ぶ <input type="checkbox"/> 一人で排泄できる <input type="checkbox"/> 衣服の着脱ができる		
	いくつ()語				

② 乳幼児健診の受診状況(該当する項目に✓・指導があれば詳細をご記入ください)

1か月児健診
<input type="checkbox"/> 受診【場所: <input type="checkbox"/> 川西市保健センター(キセラ川西プラザ) <input type="checkbox"/> ()病院 <input type="checkbox"/> その他()】 <input type="checkbox"/> 未受診 ・ <input type="checkbox"/> 指導なし <input type="checkbox"/> 指導あり(詳細を記入:)
4か月児健診
<input type="checkbox"/> 受診【場所: <input type="checkbox"/> 川西市保健センター(キセラ川西プラザ) <input type="checkbox"/> ()病院 <input type="checkbox"/> その他()】 <input type="checkbox"/> 未受診 ・ <input type="checkbox"/> 指導なし <input type="checkbox"/> 指導あり(詳細を記入:)
10か月児健診
<input type="checkbox"/> 受診【場所: <input type="checkbox"/> 川西市保健センター(キセラ川西プラザ) <input type="checkbox"/> ()病院 <input type="checkbox"/> その他()】 <input type="checkbox"/> 未受診 ・ <input type="checkbox"/> 指導なし <input type="checkbox"/> 指導あり(詳細を記入:)
1歳6か月児健診
<input type="checkbox"/> 受診【場所: <input type="checkbox"/> 川西市保健センター(キセラ川西プラザ) <input type="checkbox"/> ()病院 <input type="checkbox"/> その他()】 <input type="checkbox"/> 未受診 ・ <input type="checkbox"/> 指導なし <input type="checkbox"/> 指導あり(詳細を記入:)
3歳児健診
<input type="checkbox"/> 受診【場所: <input type="checkbox"/> 川西市保健センター(キセラ川西プラザ) <input type="checkbox"/> ()病院 <input type="checkbox"/> その他()】 <input type="checkbox"/> 未受診 ・ <input type="checkbox"/> 指導なし <input type="checkbox"/> 指導あり(詳細を記入:)

③ 予防接種の状況(該当する方に○、済の場合は回数をご記入ください)

小児肺炎球菌	B型肝炎	ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ (四種混合)	Hib	BCG	麻疹・風しん	水痘 (水ぼうそう)
済(回)・未追加: 済・未	済(回)・未	初回: 済(回)・未追加: 済・未	済(回)・未追加: 済・未	済・未	済・未	済(回)・未

※五種混合を接種された方は、「四種混合」と「Hib」の2箇所に「五種混合」の接種状況をご記入ください。

④ 食物アレルギーはありますか？ いいえ はい **※「はい」の場合以下ご記入ください**

(1) その食物は何ですか？ 例) 卵、小麦 など

(2) 医療機関を受診しましたか？ 例) ●●病院受診、医療機関未受診 など

(3) 医療機関はいつから・どのくらいの頻度で受診していますか？ 例) 1歳の頃から半年に1度 など

(4) 医師からの指導はありますか？

⑤ 今までにかかった大きな病気はありますか？ いいえ はい **※「はい」の場合以下ご記入ください**

(1) その病気は何ですか？何歳の時に発症しその時の様子はどうでしたか？どこの病院を受診しましたか？
例) 熱性けいれん(1歳1か月のとき38℃の熱が出て意識がなくなり救急車を呼んだ ●●病院)

(2) (1) で記入された病気は現在どのような状況ですか？ 例) 病院受診終了、発熱時は坐薬を使用する

(3) 集団生活をおくるにあたって医師に相談し、制限や配慮が必要と言われていることはありますか？ (いいえ・はい)
※はいの場合は以下ご記入ください

⑥ 今までにした、あるいは現在治療中などの大きなケガはありますか？ いいえ はい **※「はい」の場合以下ご記入ください**

(1) そのケガは何ですか？何歳のときにしましたか？どこの病院を受診しましたか？ 例) 右足骨折(2歳1か月・●●病院)

(2) (1) で記入されたケガは現在どのような状況ですか？ 例) 完治、治療中(●●薬を1日●回服用)

(3) 治療中の場合、医師から制限や配慮が必要と言われていることはありますか？ あれば内容を具体的にご記入ください

⑦ 発育や発達のことなどでどこかに相談をしたことがありますか？ いいえ はい **※「はい」の場合以下ご記入ください**

(1) どこで相談しましたか？ 例) ●●市保健センター、●●クリニック など

(2) どのようなことを相談しましたか？ 例) 言葉の遅れ、落ち着きがない

(3) どのようなアドバイスをもらいましたか？ 例) 経過観察・視覚支援をとり入れることをすすめられた

(4) 療育を受けていますか？ 例) 療育を受けている(週●回)、受けていない など

⑧ 集団生活にあたり、発育・発達に関する事で個別の支援や加配保育士等についての説明を希望されますか？ いいえ はい

→「はい」の場合はインクルーシブ推進課(TEL:072-740-1401)までご連絡ください。

⑨ その他 ※他に集団生活で気になることがあればご記入ください

※④～⑨について状況が変われば入園所相談課(072-740-1175)まで連絡してください。
※お子さまが安心して過ごせるよう、入園所が見込まれる施設に、状況をお伝えさせていただく
ことがあります。