

健康申立書

記入日		申込児童氏名・性別			生年月日				現在の年齢																																																								
年 月 日		ふりがな 氏名		男 女	年 月 日				歳 か月																																																								
1 分娩状況		(第 子) ・ 正常 ・ 早産(妊娠 週にて出産) 自然分娩 ・ 吸引分娩 ・ 帝王切開 ・ その他()																																																															
2 出生状況		異常なし ・ あり(仮死・チアノーゼ・保育器・ひきつけ・重症黄疸・その他())																																																															
3 体重・身長		出生体重 g ・ 身長 cm → 現在 kg ・ cm																																																															
4 成育歴		育てた人：母 ・ 父 ・ その他()																																																															
5 健康状態で 心配なこと		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() ※言葉や発達のことで相談をしたり指導を受けたりしたことがある時は、下にも記入してください (歳 か月の頃)(場所)で、()について																																																															
6 既往歴		かかった病気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 はしか・水痘・おたふくかぜ・風疹・心臓病・腎臓病・気管支喘息・そけいヘルニア・中耳炎 その他 () 入院・通院を要する疾病 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 小児肘内障・肺炎や気管支炎・重い下痢や腸炎・外科手術 その他 () ハチに刺されたことがありますか <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (ハチの種類：)																																																															
7 入院したこと		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(歳 か月の時から)・傷病名() 医療機関名(主治医：) 現在の状況()																																																															
8 現在の治療、 通院状況		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(歳 か月の時から)・傷病名() 医療機関名(主治医：) 通院状況(年 ・ 月 ・ 週 回 ・ 不定期)																																																															
9 服用中の薬		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (朝 ・ 昼 ・ 夕)・薬名()																																																															
10 アレルギー		<input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 鶏卵 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> その他() 除去食は <input type="checkbox"/> 必要※ <input type="checkbox"/> 不要 ※除去食が必要な時は、入所までに所定の様式による医師の生活管理指導表を提出していただきます 検査： <input type="checkbox"/> 受けてない <input type="checkbox"/> 受けた(医療機関名： 検査日：)																																																															
11 けいれん (ひきつけ等)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(歳 か月の時から ・ 回数： 回 診断名：) ※治療： <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている(医療機関名：)																																																															
12 発達		・首のすわり(歳 か月頃) ・寝返り(歳 か月頃) ・はいはい(歳 か月頃) ・歩行開始(歳 か月頃) ・片言を言う(歳 か月頃) ・歯の生え始め(歳 か月頃)																																																															
13 予防接種		<table border="1"> <tr> <td>ヒブ(Hib)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>追加</td> <td>四種混合</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>追加</td> <td>風疹・麻疹</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>肺炎球菌</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>追加</td> <td>五種混合</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>追加</td> <td>水ぼうそう</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ロタウイルス</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td></td> <td>日本脳炎</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>追加</td> <td></td> <td>おたふくかぜ</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>B型肝炎</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td></td> <td>B・C・G</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>												ヒブ(Hib)	1	2	3	追加	四種混合	1	2	3	追加	風疹・麻疹	1	2	肺炎球菌	1	2	3	追加	五種混合	1	2	3	追加	水ぼうそう	1	2	ロタウイルス	1	2	3		日本脳炎	1	2	追加		おたふくかぜ	1	2	B型肝炎	1	2	3		B・C・G	1	2					
ヒブ(Hib)	1	2	3	追加	四種混合	1	2	3	追加	風疹・麻疹	1	2																																																					
肺炎球菌	1	2	3	追加	五種混合	1	2	3	追加	水ぼうそう	1	2																																																					
ロタウイルス	1	2	3		日本脳炎	1	2	追加		おたふくかぜ	1	2																																																					
B型肝炎	1	2	3		B・C・G	1	2																																																										

14 食事	<input type="checkbox"/> 授乳：母乳・ミルク・混合 <input type="checkbox"/> 離乳食 → 開始時期： か月ごろ(年 月 日) <input type="checkbox"/> 幼児食 <input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 大人の助けがあれば食べられる <input type="checkbox"/> スプーン・フォークが使える <input type="checkbox"/> 箸が使える
15 排泄	<input type="checkbox"/> オムツ使用 <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> 大便、小便とも自分でできる <input type="checkbox"/> 失敗した時知らせる
16 集団保育の経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(名称：)
17 現在の保育の状況	<input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 保育施設(名称：) <input type="checkbox"/> その他()
18 その他	入所にあたり、健康上、発達上、気になることがありましたら記入して下さい <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 100px; margin: 10px 0;"></div>
保護者確認欄	下記項目に了承の場合には、 <input type="checkbox"/> 欄にチェックの上、ご署名をお願いします <input type="checkbox"/> この「健康申立書」を入所が決定した保育施設に通知することに同意します <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 年 月 日 保護者氏名 _____ </div>