

児童の健康調査および保護者状況 (3～5歳児用) 児童名 ( )

該当する□にチェック (✓) をし、記入してください。

記入日 令和 年 月 日

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>1. 父親の状況</p> <p> <input type="checkbox"/> 家庭外労働      <input type="checkbox"/> 自営 (農業含む)      <input type="checkbox"/> 内職<br/> 勤務先<br/> 勤務時間 月・火・水・木・金 午前 時 分 ～ 午後 時 分<br/> 土 午前 時 分 ～ 午後 時 分<br/> 残業 平日 時間 土曜日 時間<br/> <input type="checkbox"/> 通勤方法    <input type="checkbox"/> 自家用車    <input type="checkbox"/> バス    <input type="checkbox"/> 電車    <input type="checkbox"/> 自転車    <input type="checkbox"/> 徒歩    所要時間 分<br/> <input type="checkbox"/> 疾病・介護・その他 ( )<br/> <input type="checkbox"/> 求職中      <input type="checkbox"/> 不在 </p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>2. 母親の状況</p> <p> <input type="checkbox"/> 家庭外労働      <input type="checkbox"/> 自営 (農業含む)      <input type="checkbox"/> 内職<br/> 勤務先<br/> 勤務時間 月・火・水・木・金 午前 時 分 ～ 午後 時 分<br/> 土 午前 時 分 ～ 午後 時 分<br/> 残業 平日 時間 土曜日 時間<br/> 通勤方法    <input type="checkbox"/> 自家用車    <input type="checkbox"/> バス    <input type="checkbox"/> 電車    <input type="checkbox"/> 自転車    <input type="checkbox"/> 徒歩    所要時間 分<br/> <input type="checkbox"/> 出産      予定日 R 年 月 日<br/> <input type="checkbox"/> 疾病・介護・その他 ( )<br/> <input type="checkbox"/> 求職中      <input type="checkbox"/> 不在 </p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>3. 祖父母の状況 (利用 (変更) 希望年度の4月1日現在)</p> <p>父方</p> <p> 祖父    年齢    歳    <input type="checkbox"/> 無職    <input type="checkbox"/> 就労    <input type="checkbox"/> 介護    <input type="checkbox"/> 疾病    <input type="checkbox"/> その他 ( )    <input type="checkbox"/> 不在<br/> 祖母    年齢    歳    <input type="checkbox"/> 無職    <input type="checkbox"/> 就労    <input type="checkbox"/> 介護    <input type="checkbox"/> 疾病    <input type="checkbox"/> その他 ( )    <input type="checkbox"/> 不在 </p> <p>母方</p> <p> 祖父    年齢    歳    <input type="checkbox"/> 無職    <input type="checkbox"/> 就労    <input type="checkbox"/> 介護    <input type="checkbox"/> 疾病    <input type="checkbox"/> その他 ( )    <input type="checkbox"/> 不在<br/> 祖母    年齢    歳    <input type="checkbox"/> 無職    <input type="checkbox"/> 就労    <input type="checkbox"/> 介護    <input type="checkbox"/> 疾病    <input type="checkbox"/> その他 ( )    <input type="checkbox"/> 不在 </p> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>4. きょうだいの状況 (利用 (変更) 希望年度の4月1日現在)</p> <p> <input type="checkbox"/> 0歳    <input type="checkbox"/> 1歳    <input type="checkbox"/> 2歳    <input type="checkbox"/> 3歳    <input type="checkbox"/> 4歳    <input type="checkbox"/> 5歳    (利用施設名 ) </p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>5. 送迎について    登園時    <input type="checkbox"/> 父    <input type="checkbox"/> 母    <input type="checkbox"/> 祖父    <input type="checkbox"/> 祖母    <input type="checkbox"/> その他 ( )</p> <p> 降園時    <input type="checkbox"/> 父    <input type="checkbox"/> 母    <input type="checkbox"/> 祖父    <input type="checkbox"/> 祖母    <input type="checkbox"/> その他 ( ) </p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>6. 乳幼児健康診断について (受診していればチェックを付けてください)</p> <p> <input type="checkbox"/> 4か月健診      <input type="checkbox"/> 10か月健診      <input type="checkbox"/> 1歳半健診      <input type="checkbox"/> 3歳半健診 </p> <p>乳幼児健康診断で気になるといわれたことがありますか</p> <p> <input type="checkbox"/> はい      <input type="checkbox"/> いいえ </p> <p>→はいの場合、どのような点ですか ( )</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

【裏面に続きます。】

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>7. ①今までにかかった大きな病気はありますか      <input type="checkbox"/>はい      <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>・何歳の時（      歳）・かかった病名（      ）・医療機関名（      ）</p> <p>②視力・聴力が気になって受診をしたことがありますか      <input type="checkbox"/>はい      <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>③その他あらかじめ申し出ておきたい病気等がありますか      <input type="checkbox"/>はい      <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>病名及び病院名等（      ）<input type="checkbox"/>通院      <input type="checkbox"/>服薬      <input type="checkbox"/>治癒</p> <p>④身体障害者手帳または療育手帳はもっていますか      <input type="checkbox"/>はい      <input type="checkbox"/>いいえ      <input type="checkbox"/>申請中</p> <p>【 身体障害者手帳      種      級      ・      療育手帳      程度      ・      その他      】</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <p>8. ①かかりやすい症状（病気）等がありますか      <input type="checkbox"/>はい      <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>はいの場合      <input type="checkbox"/>熱を出しやすい      <input type="checkbox"/>ぜいぜいしやすい      <input type="checkbox"/>下痢しやすい</p> <p><input type="checkbox"/>脱臼しやすい      （部位の確認      いつ頃      回数      ）</p> <p><input type="checkbox"/>その他（      ）</p> <p>②湿疹がしやすいですか      <input type="checkbox"/>はい      <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>はいの場合      <input type="checkbox"/>アレルギー性のもの      <input type="checkbox"/>その他（      ）</p> <p>普段どうしていますか      <input type="checkbox"/>特に何もしない      <input type="checkbox"/>食事制限      <input type="checkbox"/>服薬      <input type="checkbox"/>塗薬</p> <p>③ひきつけ・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</p> <p>はいの場合      熱がある時（      度）・ない時（      ）</p> <p>④定期的に飲んでいる薬はありますか？      <input type="checkbox"/>はい      <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>はいの場合      薬名（      ）      服用のタイミング（朝・昼・夜・随時）</p>                                                                                                                                                                |
| <p>9. 食事について      食物アレルギーはありますか      <input type="checkbox"/>はい      <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>はいの場合      食品名（      ）      症状（      ）</p> <p>好き嫌い      <input type="checkbox"/>ない      <input type="checkbox"/>ある      （      ）</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p>10. 発達・発育について</p> <p>①箸やスプーンを使い、自分で食べることができますか      <input type="checkbox"/>はい      <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>→いいえの場合      <input type="checkbox"/>手づかみで食べる      <input type="checkbox"/>大人が食べさせる      <input type="checkbox"/>その他（      ）</p> <p>②トイレを自分でできますか      <input type="checkbox"/>はい      <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>→いいえの場合      <input type="checkbox"/>出るときに知らせるが手助けが必要      <input type="checkbox"/>オムツを使用      <input type="checkbox"/>出たあとに知らせる</p> <p>③衣服の着脱が自分でできますか      <input type="checkbox"/>はい      <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>→いいえの場合      <input type="checkbox"/>部分的に大人の手助けが必要      <input type="checkbox"/>全て大人の手助けが必要</p> <p>④歩いたり走ったりしますか      <input type="checkbox"/>はい      <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>→いいえの場合      <input type="checkbox"/>1人で歩くが不安定      <input type="checkbox"/>はいはいやつたい歩きで移動</p> <p>⑤2語文以上で会話ができますか      <input type="checkbox"/>はい      <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>⑥ことばで自分の要求を表せますか      <input type="checkbox"/>はい      <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>⑦簡単な指示に応じることができますか      <input type="checkbox"/>はい      <input type="checkbox"/>いいえ</p> |
| <p>11. 排泄について</p> <p>大便是1日何回ぐらい出ますか      <input type="checkbox"/>1回      <input type="checkbox"/>2回      <input type="checkbox"/>3回      <input type="checkbox"/>便秘気味</p> <p><input type="checkbox"/>オムツ      <input type="checkbox"/>パンツ      <input type="checkbox"/>寝るときのみオムツ</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <p>12. 今まで健康・発達上のことで専門機関に相談や通所をされたことがありますか      <input type="checkbox"/>はい      <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>はいの場合      相談機関名（      ）</p> <p>いいえの場合でも何か気になることはありますか</p> <p><input type="checkbox"/>食事が進まない（食べない・偏食がある）      <input type="checkbox"/>ことばの発達がゆっくり      <input type="checkbox"/>発達全般がゆっくり</p> <p><input type="checkbox"/>その他（      ）</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |