

○児童の状況

施設名:

児童名:

( 歳 カ月)

※ 該当する項目に○をつけてください。1歳未満のお子さんは、6～13のみご記入ください。

日常生活について (1歳以上)	1. 食事	1 自分で食べられる( はしだけ・スプーンだけ・どちらも使用できる) 2 大人の助けがあれば食べられる 3 食べさせてもらう
	2. 着脱衣	1 自分で着たり、脱いだりできる 2 簡単な物なら、自分でできる( 着るだけ・脱ぐだけ・着脱どちらも ) 3 大人にしてもらう
	3. 排泄	1 大小便とも自分でできる 2 大人の助けがあればできる( 大・小 ) 3 自分ではできないが、知らせる( 大・小 ) 4 オムツを使用している( 常時・時々・就寝時のみ )
	4. ことば	1 普通に話しができる 2 少しだけ話せる( 単語のみ・二語文・三語文 ) 3 話せないが、大人の言う簡単な言葉(おいで、ちょうだい等)がわかる 4 まだ言葉は理解していない
	5. 遊び方	1 だれとでも遊べる 2 だれとでも遊ぶが一人になりやすい 3 遊びたいが仲間に入れない 4 親、兄弟、姉妹としか遊ばない 5 いつも一人で遊んでいる(近所に子供がいない・一人遊びが好き)
健診等について	6. 乳児健診の状況	○3～6ヵ月健診 受診・未受診 ○指導事項 なし・あり ( ) ○9～11ヵ月健診 受診・未受診 ○指導事項 なし・あり ( ) ○1歳6ヵ月健診 受診・未受診 ○指導事項 なし・あり ( ) ○2歳児歯科健診 受診・未受診 ○指導事項 なし・あり ( ) ○3歳児健診 受診・未受診 ○指導事項 なし・あり ( )
	7. 予防接種歴	親子健康手帳の予防接種の記録(1)～(4)までをコピーし、一緒に提出してください。
健康状態について	8. 既往歴	◆手術や入院、定期的な受診を必要とする病気や怪我はありますか。 なし・あり 病名等( ) かかりつけの医療機関名( ) ◆その病気や怪我のために、医師から日常生活について指示されていることはありますか。 なし・あり 内容( )
	9. アレルギー	◆アレルギー疾患はありますか？ なし・あり ある場合:アレルギーの種類( ) アナフィラキシー症状の既往歴( なし・あり ) かかりつけの医療機関名( ) 注意すべきこと( )
	10. 発育等	◆言葉やくせ、行動など、発達面で心配なことはありますか。 ない・ある ⇒内容( ) ※「ある」と答えた方は、そのことについて専門機関へ相談していますか。 医療機関 : いない・いる (医療機関名: ) 保健相談センター : いない・いる
	11. 手帳の有無	なし・あり ( 身体障害者手帳 級・療育手帳 判定 ) ※身障(療育)手帳をお持ちの場合は、手帳のコピーを添付してください。
	12. 特別児童扶養手当	なし・あり ( 1級・2級 )
	13. その他	◆その他 お子さんのことで伝えておきたいことがありましたらご記入ください。

## 予防接種の記録

親子健康手帳をA4サイズ(拡大なし)でコピーし、一緒に提出してください。  
きょうだい同時にお申込みする場合、コピーにそれぞれ児童名を記入してください。

### 【予防接種の種類】

- インフルエンザ菌b型(Hib)
- 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)
- BCG
- 麻しん(はしか)・風しん
- 水痘
- 日本脳炎
- ロタウイルス
- おたふくかぜ