

児童の健康状況申告書 (年 月 日記入)

児童名 歳 か月 (記入日時点)

先天性の病気や慢性疾患及び発育・発達の相談等で、病院や施設に通っていますか	いいえ	はい
「はい」の場合 病名、障害名等: () 病院名・施設名: () 受診頻度: 年・月・週に()回 通院・通所の目的 (治療・経過観察・療育・その他【 】)		
記入日時点で、医療的ケアを行っていますか	いいえ	はい
「はい」の場合の医療的ケアの内容 ①喀痰吸引(気管カニューレ内、口腔・鼻腔内吸引) ②経管栄養(経鼻、胃ろう、腸ろう) ③その他()		
障害者手帳等の交付を受けていますか	いいえ	はい
「はい」の場合 身体障害者手帳()級・愛の手帳(療育)()度・精神障害者保健福祉手帳()級		
アレルギー疾患と診断されていますか	いいえ	はい
「はい」の場合 ①食物アレルギー ②気管支ぜん息 ③アトピー性皮膚炎 ④アレルギー性結膜炎 ⑤アレルギー性鼻炎 ⑥その他()		
アナフィラキシーと診断されたことがありますか	いいえ	はい
心身、言語等の発達において気になることがありますか	いいえ	はい
「はい」の場合どんなことですか []		
①生まれた時の状況は	正常 帝王切開 吸引 早産 仮死	
②生まれた時の体重は	2,000g以上 (g)	2,000g未満 (g) ④へ
③生まれたのは妊娠何週でしたか	36週以上 (週)	36週未満 (週) ④へ
④②で2,000g未満又は③で36週未満だった方のみ回答	現在の身長(cm)・体重(g)	
⑤首がすわったのはいつ頃ですか		(か月・まだ)
⑥ひとりすわりができるようになったのはいつ頃ですか		(か月・まだ)
⑦歩きはじめたのはいつ頃ですか		(か月・まだ)

《記入日時点で1歳6か月以上のお子様については、以下の⑧～⑩もご回答ください。》

⑧理由なく突然たいたり、かみついたり奇声をあげたりしますか	いいえ	はい
⑨生活に支障をきたす程、特定のことにこだわりますか(数字・図形・水遊び・食べ物・回るものなど)	いいえ	はい
⑩次のことを極端に嫌がりますか(人に触れられる・大きな音など)	いいえ	はい
⑪後追いをしますか(しましたか)	はい	いいえ
⑫名前を呼ばれたら返事しますか(呼ばれたことが分かり反応する)	はい	いいえ
⑬意味のある単語(物の名称など)を話しますか	はい	いいえ
⑭話しかけられた人と目を合わせますか	はい	いいえ
⑮簡単な指示を理解できますか(「～チョウダイ」「マッテテネ」など)	はい	いいえ
⑯危険な行為を、大人の表情や簡単な言葉かけでやめる事ができますか	はい	いいえ
⑰あいさつ・返事など生活や遊びに必要な言葉を使えますか	はい	いいえ
⑱ほかの子どもや周囲に関心を示しますか	はい	いいえ

下記に同意の上、□にチェックをし、ご署名をお願いいたします。

☐ 「児童の健康状況申告書」を入園が内定した園等に通知することに同意します。

☐ 記入内容に偽り等が判明した場合は、入園を取り消されても異議ありません。

☐ 上記内容に、変更が生じた場合は、その内容について報告します。

年 月 日

保護者署名

(区使用欄)

聞き取り	有・無
入力	有・無

※本申告書は、申込児童1名につき1面を使用してください。申込児童が2名の場合は表面及び裏面を、3名以上の場合は本紙をコピーしてご使用ください。