児童健康状況票

児 童 氏 名

この票は、適切な保育を実施するためのものです。
お子さんの健康状態についてご記入ください。

１．現在、長期にわたり、通院治療または療育等を受けていますか？
該当する項目に☑を記入し、「有」の場合はかっこ内に施設名を記入してください。
（１）通院治療　　□ 無　　□ 有　（施設名：　　）
（２）療育等　　□ 無　　□ 有　（施設名：　　）

２．健康診査状況について
（１）受けられた健康診査に☑を記入してください。
□ 3,4 か月児　□ 1 歳 6 か月児　□ 3 歳児　□ 5 歳児　□ その他（　　）

（２）健康診査を受診された際に、指摘されたことがありましたか？
該当する項目に☑を記入してください。
□はい
身体や体重に関すること（□3,4 か月児　□1 歳 6 か月児　□3 歳児　□5 歳児）
→具体的に（　　）
身体面、運動に関すること（□3,4 か月児　□1 歳 6 か月児　□3 歳児　□5 歳児）
→具体的に（　　）
言葉に関すること（□3,4 か月児　□1 歳 6 か月児　□3 歳児　□5 歳児）
→具体的に（　　）
行動(落ち着きなど)に関すること（□3,4 か月児　□1 歳 6 か月児　□3 歳児　□5 歳児）
→具体的に（　　）
対人関係(マイペースなど)に関すること（□3,4 か月児　□1 歳 6 か月児　□3 歳児　□5 歳児）
→具体的に（　　）
□いいえ

（３）上記の健康診査以降の状況について、該当する項目に☑を記入してください。
□ 発達相談を受け、今も継続して相談を受けている。（次回予定：　　年　　月頃）
□ 発達相談を受けたが、今は改善し特に問題はなく、発達相談も終了している。
□ 次の健診で様子を見ることになっている。
□ 特に何もしていない。
具体的な相談内容を教えてください。（「特に何もしていない」を選択した場合は記入不要）

（例）特定の物や事柄に対してこだわりが強い、視線が合いにくい、音に敏感、等

（４） アレルギー　□無　□有（　　）

（５） 今、お子さんのことで、何か気になることや、心配なことがあれば、お書きください。

（６） 以下に該当する場合は、☑を記入し、かっこ内の該当事項を選択・記入してください。
身体障害者手帳　□受けている（１・２・３・４・５・６級）　□申請中（　月　日）
療育手帳　□受けている（Ａ・Ｂ）　□申請中（　月　日）
特別児童扶養手当　□受けている（１・２級）　□申請中（　月　日）

同　意　書

児童の健康状況については、日々の生活に配慮した保育を行うことを目的として、保育施設等への連絡や情報交換を行うことに同意します。

保護者自署＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿