

児童の状況について

記入日： 年 月 日

フリガナ		性別	男・女	生年 月日	平成 令和	年 月 日
児童氏名						

		市 確認
予防接種の 状況	☐ BCG(結核) ☐ B型肝炎 ☐ ヒブ ☐ 小児用肺炎球菌 ☐ 四種混合(DPT-IPV) ☐ 水痘 ☐ 麻しん風しん混合(MR) ☐ 日本脳炎 ☐ ロタウイルス ☐ その他()	
出生時の 状況	在胎週数 (週) 体重(g)	
検診の状況	☐ 5か月児検診 ☐ 1歳6か月児検診 ☐ 2歳歯科検診 ☐ 3歳児検診	指導事項はありましたか？ ☐ なし ☐ あり →内容： _____ _____
発達の状況	☐ 首がすわっている →(か月頃から) ☐ 寝返りができる →(か月頃から) ☐ お座りができる →(か月頃から) ☐ ハイハイができる →(か月頃から) ☐ ひとりで立てる →(か月頃から) ☐ 伝い歩きができる →(頃から) ☐ ひとり歩きができる →(頃から)	
	☐ トイレができる ☐ トイレができない ☐ おむつを使用する(□常時 □寝るとき □外出時 □その他())	
	☐ 笑いかけると笑顔で返してくる ☐ 呼べば振り向く ☐ 片言(ワンワン、マンマなど)は発する ☐ 遠くのモノを指さすと、その方向を見る ☐ 簡単な会話ができる ☐ 問題なく会話できる	
	☐ 落ち着きがない、じっとしてられない感じがする ☐ 目が合っていないように感じる ☐ あまり笑わないように感じる ☐ こだわりが強いところがある →(こだわりの内容：) ☐ その他気になる点()	

アレルギー	☐ ない ☐ ある ☐ 不明	「ある」とお答えの場合は、以下もご記入下さい。 【アレルギーの原因】 ☐ 卵 ☐ 乳 ☐ 小麦 ☐ そば ☐ 甲殻類 ☐ 大豆 ☐ 花粉 ☐ その他() 【アレルギーの症状】 具体的に記入 () 【医師の指示等】 指示内容 ()
持病やその他	☐ ない ☐ ある	「ある」とお答えの場合は、以下もご記入下さい。 ☐ ぜんそく →服薬 ☐ ある ☐ なし ☐ アトピー →服薬 ☐ ある ☐ なし ☐ 心臓病 →服薬 ☐ ある ☐ なし ☐ てんかん →服薬 ☐ ある ☐ なし ☐ 熱性けいれん ☐ 難聴 ☐ 弱視 ☐ その他() 【定期通院の有無】 ☐ なし ☐ あり → 頻度：月(回)、週(回)
手帳等の有無	☐ ない ☐ ある	あるとお答えの場合、以下もご記入下さい。 ☐ 身体障害者手帳 等級 (級) 障害の種類() ☐ 療育手帳(㉠ ・ A ・ B ・ C) ☐ 特別児童扶養手当の受給 → ☐ あり ☐ なし ☐ 通所受給者証 ◎利用しているサービスの内容
かかりつけ医	科	名称 電話番号 ()
	科	名称 電話番号 ()
その他	お子さんのことで気になることや、園に伝えたいことがありましたらご記入下さい。	
備考欄		