

児 童 健 康 票

※ 該当するところに記入、または☑、○をつけてください。

令和8年度		第一希望園		記入年月日	年 月 日
				生年月日	年 月 日
フリガナ		性別	男 / 女	記入日の年齢	歳 か月
児童名		住所			
フリガナ		連絡先①	父・母・他()	連絡先②	父・母・他()
保護者名		Tel : ()		Tel : ()	
生育歴	妊娠中(母体)	<input type="checkbox"/> 正常 / <input type="checkbox"/> 異常()			
	出産の状況	出産予定日(年 月 日)			
		(右記に該当する場合のみ☑) <input type="checkbox"/> 早産(週目) <input type="checkbox"/> 過期産 <input type="checkbox"/> 多胎(人)			
	出生時 (新生児の状況)	<input type="checkbox"/> 正常分娩 <input type="checkbox"/> 鉗子 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 切開(理由)			
		出生時体重(g) 出生時身長(cm) 出生時頭囲(cm)			
		<input type="checkbox"/> 元気 <input type="checkbox"/> 衰弱仮死 <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 血腫 <input type="checkbox"/> へその緒()			
	乳幼児期 (発育状況)	保育器使用: <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有(日) 黄疸: <input type="checkbox"/> 重症 / <input type="checkbox"/> やや強い / <input type="checkbox"/> 殆どなし			
		栄養(<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 人工 <input type="checkbox"/> 混合) 離乳食開始(か月) ~ 完了(歳 か月)			
		現在の体重(kg) 現在の身長(cm)			
		首のすわり(か月) 寝がえり(か月) おすわり(か月)			
ハイハイ(か月) つかまり立ち(か月) つたい歩き(か月)					
アレルギー	ひとり歩き(か月) 人見知り(か月) 始語(意味ある言葉)(か月)				
	<input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 検査していない 特記事項:				
	(有の場合)	内 容: <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦粉 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> ダニ <input type="checkbox"/> ハウスダスト <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> その他() 治 療: <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有 → 飲み薬・ぬり薬・その他()			
医療歴	既往歴	<input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有 特記事項:			
	(有の場合)	<input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 水疱瘡 <input type="checkbox"/> ヘルニア <input type="checkbox"/> 脱臼(部位:) <input type="checkbox"/> 心臓疾患(不整脈・肥大・雑音・弁膜症・先天性) <input type="checkbox"/> その他() 服 薬 <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有 → 開始時期: 歳 か月 回数: 1日 回			
	ひきつけ・けいれん	<input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有 → 初回(歳 か月) 発熱(無・有) その後の回数(回)			
	てんかん	<input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有 → 初回(歳 か月) 発熱(無・有) その後の回数(回) 服薬 <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有 → 開始時期: 歳 か月 回数: 1日 回			
	健康診断	4 か月	有/無	(受診場所)	(受診結果・助言など)
	1歳6か月	有/無			
	3 歳	有/無			
障害等	身体障害者手帳: <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有 → (級 交付年月日: . . 障害名:)				
	療育手帳: <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有 → (級 交付年月日: . . 備考:)				
	今までに指導・治療を受けた専門機関等:				
経 保 験 保 育	<input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 家庭保育室 <input type="checkbox"/> 企業内保育所 <input type="checkbox"/> 小規模保育事業所 <input type="checkbox"/> 別居親族 <input type="checkbox"/> その他()				
	<input type="checkbox"/> 一時預かり(施設名称:) <input type="checkbox"/> 保育園または幼稚園(施設名称:)				
◎自由記入欄 …健康面や発育面など気になることがありましたら、ご自由に記入してください。					

児童健康票に記載いただいた内容は、入所内定した保育施設(4月1次募集時のみ第一希望の施設)に情報提供します。
記載漏れのないようご留意いただき、気になっていることなどございましたら自由記入欄もご活用ください。

