

健康状況申告書

フリガナ		性別	記入日： 年 月 日	現在の年齢
申込児童名			生 年 月 日	歳 月

妊娠期間（母子手帳記載）	出生時の体重	出生時の身長	現在の体重	現在の身長
週 日	g	cm	kg	cm

生まれた時の状況 ☐ 普通分娩 ☐ 帝王切開 ☐ 吸引 ☐ 早産 ☐ 仮死

出生時の異常 ☐ なし ☐ あり ⇒「あり」の場合は以下も記入
☐ 黄疸（ ☐ 治療済 ☐ 治療中・未治療） ☐ 呼吸障害
☐ その他（ ）

1 健診受診状況

母子手帳を確認のうえ、乳幼児健診の結果にチェック（✓）をしてください。

「要観察」に丸が付いている場合には指導や助言を受けた内容を、未受診の場合にはその理由を（ ）内に記入してください。 ※月齢が到達していない場合の未受診は記入不要です。

1 か月健診	☐ 健康 ☐ どちらにも丸がない	面接が必要となりて 保育課になります。
	☐ 要観察 ☐ 未受診（ ）	
4 か月健診	☐ 健康 ☐ どちらにも丸がない	
	☐ 要観察 ☐ 未受診（ ）	
10 か月健診	☐ 健康 ☐ どちらにも丸がない	
	☐ 要観察 ☐ 未受診（ ）	
1 歳6 か月健診	☐ 健康 ☐ どちらにも丸がない	
	☐ 要観察 ☐ 未受診（ ）	
3 歳児健診	☐ 健康 ☐ どちらにも丸がない	
	☐ 要観察 ☐ 未受診（ ）	

※直近の健診未受診の場合や受診結果が「要観察」、又は「どちらにも丸がない場合」、そのほかお子さまの発達に不安をお持ちの場合は、保育課（本庁2階D9番）の窓口にてお子さまの面接が必要となります。該当される方は、宇都宮市保育課（電話番号028-632-2393、2394）へ、面接の予約をしてください。

2 アレルギー有無

☐ なし ☐ あり ⇒「あり」の場合は以下も記入

☐ 卵 ☐ 乳 ☐ 小麦 ☐ 大豆 ☐ ピーナッツ ☐ そば
☐ その他（ ）

【はじめて発症した時期】（ ）歳（ ）か月頃

【症状】（ ）

【アナフィラキシーの既往有無】 ☐ なし ☐ あり

【医師の診断の有無】 ☐ なし ☐ あり

【アドレナリン自己注射薬(エピペン)の有無】 ☐ なし ☐ あり

【現在の服薬状況】 ☐ なし ☐ あり（ ☐ 朝・☐ 昼・☐ 晩 ）

【緊急時内服薬の有無】 ☐ なし ☐ あり

【除去食の有無】 ☐ なし（理由 ） ☐ あり（ ）

※除去食が必要な場合、内定後に入所する施設へ「生活管理指導表」の書類の提出が必要となります。

3 けいれんやひきつけの有無

☐ なし ☐ あり

⇒「あり」の場合は以下も記入

【はじめて発症した時期】（ ）歳（ ）か月頃

【最近症状が起こった時期】（ ）歳（ ）か月頃

【発症した際の発熱の有無】 ☐ なし ☐ あり（ ℃）

【現在の服薬状況】 ☐ なし ☐ あり（ ☐ 朝・☐ 昼・☐ 晩 ）

【有熱時の坐薬又は服薬の有無】 ☐ なし ☐ あり（薬品名 ）

【これまで症状が起こった回数】（ ）回

【脳波の検査の有無】 ☐ なし ☐ あり（☐異常無 ☐異常有）

裏面に続く

4 先天性の病気や慢性疾患(※)及び発育・発達の相談等での通院・通所有無

☐ なし ☐ あり

⇒「あり」の場合は以下も記入

※アトピー性皮膚炎や喘息等を含む

①	診断名	症状	服薬有無・頻度
			☐ 無 ☐ 有 (☐ 朝 ☐ 昼 ☐ 晩)
	診断時期	通院先・通所先	現在の状況・通院等頻度
	歳 月 日頃		☐ 治癒 ☐ 通院中 (日 に 回)
	担当医による保育施設入所許可の有無		園で必要な対応
☐ なし ☐ あり			

②	診断名	症状	服薬有無・頻度
			☐ 無 ☐ 有 (☐ 朝 ☐ 昼 ☐ 晩)
	診断時期	通院先・通所先	現在の状況・通院等頻度
	歳 月 日頃		☐ 治癒 ☐ 通院中 (日 に 回)
	担当医による保育施設入所許可の有無		園で必要な対応
☐ なし ☐ あり			

※上記記載欄で不足する場合は、以下にご記載ください。

()

5 お子さまの発達状況について、現在の月齢まですべて記入してください。

首が座った時期	☐ () か月	☐ まだ
寝返りをした時期	☐ () か月	☐ まだ
ひとり座りができるようになった時期	☐ () か月	☐ まだ
這いずりができるようになった時期	☐ () か月	☐ まだ
つかまり立ちができるようになった時期	☐ () か月	☐ まだ
歩き始めた時期	☐ () か月	☐ まだ

《0～2歳の頃》

あやすと笑いますか	☐ はい	☐ いいえ
見えない方向から声をかけるとそちらの方を見ようとしますか	☐ はい	☐ いいえ
大人の言う簡単な言葉（おいで・ちょうだいなど）がわかりますか	☐ はい	☐ いいえ
ママ・プーなど意味のある言葉をいくつか話しますか	☐ はい	☐ いいえ
スプーン（はし）を使って食べますか	☐ はい	☐ いいえ
簡単な指示を理解できますか	☐ はい	☐ いいえ

《3～5歳の頃》

名前を呼ばれたら返事をしますか（呼ばれたことがわかり反応する）	☐ はい	☐ いいえ
意味のある単語（物の名称など）を話しますか	☐ はい	☐ いいえ
話しかけられた人と目を合わせますか	☐ はい	☐ いいえ
簡単な指示を理解できますか	☐ はい	☐ いいえ
衣服の着脱ができますか	☐ はい	☐ いいえ
おしっこをひとりでしますか	☐ はい	☐ いいえ
危険な行為を、大人の表情や言葉かけでやめることができますか	☐ はい	☐ いいえ
挨拶・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
ほかの子どもや周囲に関心を示しますか	☐ はい	☐ いいえ
理由もなく突然叩いたり、かみついたり奇声をあげたりしますか	☐ はい	☐ いいえ
特定のことにこだわりがありますか（数字・図形・水遊び・食べ物・回るものなど）	☐ はい	☐ いいえ
人に触られる・大きな音などを極端に嫌がりますか	☐ はい	☐ いいえ

6 一度でも受けたことのある予防接種にチェック(✓)をしてください。

☐ 小児用肺炎球菌 ☐ 5種混合（ヒブ・ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ）
☐ 水痘（生後12月～） ☐ 麻しん風しん混合 ☐ B型肝炎 ☐ ロタウイルス ☐ 日本脳炎

7 お子さまの健康面や発達面で気になることはありますか。

☐ なし ☐ あり ⇒「あり」の場合は以下も記入

☐ 言葉の遅れ ☐ コミュニケーションが苦手 ☐ 落ち着きがない

☐ こだわりが強い ☐ 疾患があり集団生活が心配 ☐ その他 ()

〈健康状況について〉

出生時の異常、アレルギー、けいれん、ひきつけ、先天性の病気や慢性疾患及び発育、発達の相談等での病院への通所・通院の有無が「あり」になっている方に具体的な症状や病院への入院や通院期間等の確認のため連絡をする場合があります。

〈留意事項〉

※記載いただいた内容の確認等のため、保育課からご連絡をさせていただく場合もございます。

※記載内容と事実の相違があった場合には、入園(内定)を取り消すことがあります。

※本申告書は内定した園に情報提供させていただきます。