児 童 保 健 調 査 票

豊 山 町 立 保 育 園

ふりがな		ふりがな		生年月日	令和　　年　　月　　日
保護者名		児 童 名			
住　　所	豊山町大字 豊場 青山 字　　番地　　TEL　　(　　)—				

◎お子さんが保育園において、健全で安全に生活する為に必要な資料となりますので、正確にご記入ください。
（該当事項に○を付けるか、あるいは必要な事柄を記入してください。）

1　お子さんの出生前後の状況について

(1) 妊娠中にお母さんは病気をしましたか。		(7) 歯がはえはじめた時期	ヶ月
いいえ　はい（　　）		(8) 寝返りをするようになった時期	ヶ月
(2) お産の時の状況は　自然分娩　かんし分娩　吸引分娩　帝王切開		(9) 座れるようになった時期	ヶ月
(3) 出生児のお子さんの体重は（　　g）		(10) はいはじめた時期	ヶ月
(4) 新生児の時期に異状はありましたか		(11) 人見知りをするようになった時期	ヶ月
いいえ　はい（　　）		(12) 話ことばが出るようになった時期	ヶ月
(5) 笑いはじめた時期	ヶ月	(13) 一人で立てるようになった時期	ヶ月
(6) 首がすわった時期	ヶ月	(14) 歩きはじめた時期	ヶ月

2　お子さんの発育について

(1) 発育について何か心配はありますか	いいえ	はい	(太りすぎ	やせすぎ	こがら	)
(2) 目に異状はありますか	いいえ	はい	(目が近い	斜視		)
(3) 耳・鼻・のどに異状はありますか	いいえ	はい	(耳が遠い	鼻汁が多い	せきがよく出る	)
(4) 運動や動作に異状はありますか	いいえ	はい	(よく転ぶ	うまく走れない	不器用	)
(5) 排尿・排便で困っていることはありますか	いいえ	はい	(昼間よくもらす	夜間排尿が近い	排便が近い	)

3　お子さんの病気について

(1) 最近、又は現在かかっている病気はありますか	ない	ある	(病名			)
(2) 慢性の病気はありますか	ない	ある	(病名			)
(3) 予防接種で副作用はありますか	ない	ある	(発熱	けいれん	はきけ　じんましん	)
(4) 医師から注意するようにいわれていることはありますか	ない	ある	(			)
(5) 今までにかかった病気（主なもの）はありますか	ない	ある	(病名			)
(6) 日本脳炎の予防接種をしましたか	しない	した	(初回　　ヶ月		2回　　ヶ月	)

4　お子さんのその他の状況について

(1) 今までに関節がはずれたことはありますか　いいえ　はい　※はずれやすい場所（ 肩　肘 ）

(2) 今までに骨折したことはありますか　いいえ　はい（ 手〈右・左〉　足〈右・左〉 ）

(3) 食物・薬物に対するアレルギーはありますか　いいえ　はい（　　）

(4) 保育園でのケガ等に対する処置について

園児の保育園での生活において、ケガ等の事故の発生がないよう万全の注意を払っていますが、ケガなどが発生した場合には次のような処置をとります。

a　保育園でできる応急処置をした後、直接病院へ連れて行き、医師の手当を受けてから家庭に連絡しますがよろしいでしょうか。

よい　困る（ すぐ家庭に連絡してほしい ）

b　家庭でのちょっとした傷の処置はどのようにしていますか。（　　）

(5) 以上の項目のほかに保育園での生活において留意しなければならないことがありましたらご記入ください。

※各保育園で実施する面接の際に持参してください。