

# 児童の状況

記入日：令和 年 月 日

|                                                                                   |                                                 | ①児童氏名                                                                                                                                                                                | ②児童氏名                                                                                                                                                                                | ③児童氏名                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 出生時                                                                               | 妊娠何週で生まれましたか？                                   | ( ) 週                                                                                                                                                                                | ( ) 週                                                                                                                                                                                | ( ) 週                                                                                                                                                                                |
|                                                                                   | 生まれた時の状況                                        | <input type="checkbox"/> 異常なし<br><input type="checkbox"/> 異常あり<具体的に>                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 異常なし<br><input type="checkbox"/> 異常あり<具体的に>                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 異常なし<br><input type="checkbox"/> 異常あり<具体的に>                                                                                                                 |
|                                                                                   | 生まれた時の身長・体重                                     | 身長( )cm 体重( )g                                                                                                                                                                       | 身長( )cm 体重( )g                                                                                                                                                                       | 身長( )cm 体重( )g                                                                                                                                                                       |
| 健康診査                                                                              | 乳幼児健康診査を受診していますか？                               | <input type="checkbox"/> 4～5か月 <input type="checkbox"/> 8～10か月<br><input type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 3歳6か月                                                      | <input type="checkbox"/> 4～5か月 <input type="checkbox"/> 8～10か月<br><input type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 3歳6か月                                                      | <input type="checkbox"/> 4～5か月 <input type="checkbox"/> 8～10か月<br><input type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 3歳6か月                                                      |
|                                                                                   | 健康診査時に助言や指導を受けましたか？                             | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br><具体的に>                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br><具体的に>                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br><具体的に>                                                                                                                   |
| 健康状況                                                                              | 慢性的な病気等で、現在病院や施設等に通院又は相談をしていますか？                | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>①病名( ) ②病院名( )<br>③通院 (年.月.週 回程度)                                                                                        | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>①病名( ) ②病院名( )<br>③通院 (年.月.週 回程度)                                                                                        | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>①病名( ) ②病院名( )<br>③通院 (年.月.週 回程度)                                                                                        |
|                                                                                   | 常時服用している薬はありますか？                                | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない<br>1日 _ 回<br><input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕<br>薬の種類<br>( )                 | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない<br>1日 _ 回<br><input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕<br>薬の種類<br>( )                 | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない<br>1日 _ 回<br><input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕<br>薬の種類<br>( )                 |
|                                                                                   | 過去に大きな病気にかかったことがありますか？                          | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>①病名( ) ②症状( )<br>③病院名( ) ④入院期間( ~ )<br>⑤現在の状況                                                                            | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>①病名( ) ②症状( )<br>③病院名( ) ④入院期間( ~ )<br>⑤現在の状況                                                                            | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>①病名( ) ②症状( )<br>③病院名( ) ④入院期間( ~ )<br>⑤現在の状況                                                                            |
|                                                                                   | ひきつけを起こしたことがありますか？                              | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない<br><input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> その他<br>回数 _ 回位<br>最終 年 月                                         | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない<br><input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> その他<br>回数 _ 回位<br>最終 年 月                                         | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない<br><input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> その他<br>回数 _ 回位<br>最終 年 月                                         |
|                                                                                   | アレルギーはありますか？                                    | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない<br><input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない<br><input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない<br><input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) |
|                                                                                   | 病院は受診していますか？                                    | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>①病名( ) ②病院名( )<br>③通院 (年.月.週 回程度)                                                                                        | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>①病名( ) ②病院名( )<br>③通院 (年.月.週 回程度)                                                                                        | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>①病名( ) ②病院名( )<br>③通院 (年.月.週 回程度)                                                                                        |
| ※ アレルギー原因食品を給食から除く必要がある場合、内定後にアレルギーに関する証明書（保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表等）を施設へ提出していただきます。 |                                                 |                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                      |
| 言葉・発達                                                                             | 言葉や発達について、現在通所・相談している、もしくは相談を考えている病院や施設等がありますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>病院名( ) 施設名( )<br>⇒内容                                                                                                     | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>病院名( ) 施設名( )<br>⇒内容                                                                                                     | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>病院名( ) 施設名( )<br>⇒内容                                                                                                     |
|                                                                                   | 障がいの有無・手帳の交付                                    | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない<br><input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳                                                              | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない<br><input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳                                                              | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない<br><input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳                                                              |
| その他                                                                               | 入所にあたり健康・発達などで気になる事がありますか？                      | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br><具体的に>                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br><具体的に>                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br><具体的に>                                                                                                                   |

※内定面接時に、更に聞き取りをする場合があります。