

◎子どもの健康状況等確認シート

児童氏名： _____

*あてはまるものに○印をし、または必要事項を記入してください。

健康状態	通院・服薬 状況	発達や慢性的な病気のことで相談している病院・施設はありますか				無 ・ 有	
		病院・施設名			病名等 (主な症状)		
		発症 (診断) 日	歳	ヵ月	通院日数	(週・月・年) に 回	
		現在の状況	治療中 ・ 経過観察 ・ 終了 ・ その他 ()				
		服薬	無・有	薬の種類	園での服薬 不要・要		
		園での配慮	不要・要				
	アレルギー	無・有 不明	原因物質	() / 検査 済・未			
			アレルギー症状	()			
			除去食の状況	完全除去 ・ 部分除去 ・ 除去なし			
			アナフィラキシーショック	無・有			
アトピー等	無・有	アトピー・喘息・花粉・その他 ()					
熱性けいれん	無・有	初回 歳 ヵ月	発作回数 回	最終 歳 ヵ月	検査結果		
てんかん	無・有	歳 ヵ月	発作状況			内服薬	
健診状況	4 か月健診	済・未	大東市・他市 () (指摘事項 無・有 (内容:))				
	1歳10か月健診	済・未	大東市・他市 () (指摘事項 無・有 (内容:))				
	3歳半健診	済・未	大東市・他市 () (指摘事項 無・有 (内容:))				
	発達相談を受けたことが		無・有 (相談内容:)				
	右記の教室に参加したことがありますか		参加したことはない ・ 親子教室 (保健医療福祉センター) バンビ教室 ・ たんぽぽ園 ・ すみれ園 (子ども発達支援センター)				
手帳	療育手帳	無 ・ 有	(障がい名:) (等級:)				
	身体障害者手帳	無 ・ 有	(障がい名:) (等級:)				
	精神障害者手帳	無 ・ 有	(障がい名:) (等級:)				
発育状況	出生	妊娠 () 週 () g 出生時の異常 無・有()					
	姿勢	首の座り () か月頃		お座り () ヵ月頃			
	初歩	() 歳 () か月頃 ・ まだ (寝返り ・ ずりばい ・ はいはい ・ つたい歩き)					
	ことば	まだ ・ 単語 ・ 2語文 ・ 会話ができる / 初語 () 歳 () か月頃					
	衣服の着脱	できない ・ 手伝いが必要 ・ できる ・ その他 ()					
	食事	できない ・ 手伝いが必要 ・ できる (手づかみ・スプーン・はし・両方)					
	排泄	オムツ (報告 有・無) ・ 手伝いが必要 ・ できる ・ その他 ()					
健康上または発達上で、気になることがあればご記入下さい							