

◎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	慢性的な病気や発達に関すること									
	通院・服薬	無・有		※有の場合、下記に詳細を記載ください。						
	(※無の場合 記入不要)	病院・施設名				病名等(主な症状)				
		発症(診断)日	歳 か月			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()							
			⇒ 皮膚疾患の場合、部位・大きさ等 ()							
		服薬	無・有	薬の種類				園での服薬	不要・要	
	園での配慮	不要・要	要の場合:							
	アレルギー	無・有・不明		※有または不明の場合、下記に詳細を記載ください。						
	(※無の場合 記入不要)	原因物質	卵・乳・小麦・その他()					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	歳 か月の時	症状					
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 か月	最終 歳 か月	発作回数 回	検査結果					
てんかん	無・有	歳 か月	発作状況				内服薬			
健診状況	4ヵ月健診	済・未	大東市・他市()		指摘事項	無・有	内容:			
	1歳10ヵ月健診	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	無・有	相談内容:							
	親子教室参加	無・有	ひよこ・りす・うさぎ・ぱんだ・他()							
	子ども発達支援センター所属	無・有	バンビ教室・たんぼぼ園・すみれ園							
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	内容:			
	姿勢	首の座り	か月頃		お座り	か月頃				
	初歩	()歳()か月頃			まだの場合(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、発達上で気になることがあればご記入下さい										