**児童健康票**

※　該当するところに記入、または☑、○をつけてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **令和８年度** | 第一希望園 | 記入年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 生年月日 | 　　年　　　月　　　日 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 性　別 | 男 / 女 | 記入日の年齢 | 　　　　　　歳　　　か月 |
| 児童名 |  | 住所 |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 連絡先①　 | 父・母・他（　　　　） | 連絡先②　 | 父・母・他（　　　　） |
| 保護者名 |  | ℡　：　　 （　　　） | ℡　：　　 （　　　） |
| 生育歴 | 妊娠中（母体） | □正常 / □異常（　　　　　　　　　　 　　　　　　　　） |
| 出産の状況 | 出産予定日（　　　　　年　　月　　日） |
| (右記に該当する場合のみ☑） | □早産（　　週目） □過期産 　□多胎（　　　人） |
| □正常分娩　□鉗子　□吸引　□切開（理由　　　　　　　　　　　　 　　） |
| 出生時(新生児の状況) | 出生時体重（　　　　g） 出生時身長（　　　cm） 出生時頭囲（　　　cm） |
| □元気　□衰弱仮死　□チアノーゼ　□血腫　□へその緒（　　　　　　） |
| 保育器使用：□無 / □有（　　　日） | 黄疸：□重症 / □やや強い / □殆どなし |
| 乳幼児期(発育状況) | 栄養（□母乳　□人工　□混合） 離乳食開始（　　　か月）～　完了（　　　歳　　か月） |
| 現在の体重（　　 　kg）　 現在の身長（　 　cm） |
| 首のすわり（　　　か月） 　寝がえり（　　　か月）　おすわり 　（　　　か月）ハイハイ（　　　か月） つかまり立ち（　　　か月）　つたい歩き　 （　　　か月）ひとり歩き（　　　か月） 　人見知り（　　　か月） 始語(意味ある言葉)（　　　か月） |
| アレルギー | □無 / □有 / □検査していない 特記事項：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| (有の場合)  | 内　容：□卵 □牛乳 □小麦粉 □大豆 □ダニ □ハウスダスト □花粉 □その他（ 　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　 ）治　療：□無 / □有→　飲み薬・ぬり薬・その他（　　　　　　　　 　　 ） |
| 医療歴 | 既往歴 | □無 / □有 　特記事項：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| (有の場合)  | □肺炎 □中耳炎 □肝炎 □川崎病 □ぜんそく □水疱瘡 □ヘルニア□脱臼（部位：　　 ）□心臓疾患（不整脈・肥大・雑音・弁膜症・先天性）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）服　薬　□無 / □有→開始時期：　　歳　　か月　回数：１日　　回　 |
| ひきつけ・けいれん | □無 / □有→初回（　　歳　　か月）　発熱（　無・有　）　その後の回数（　　　回） |
| てんかん | □無 / □有→初回（　　歳　　か月）　発熱（　無・有　）　その後の回数（　　　回）服薬　□無 / □有→開始時期：　　歳　　か月　 回数：１日　　回 |
| 健康診断 | ４か月 | 有／無 | （受診場所） | （受診結果・助言など） |
| １歳６か月 | 有／無 |  |  |
| ３　歳 | 有／無 |  |  |
| 障害等 | 身体障害者手帳：□無 / □有→（　　級　交付年月日：　　　　 . . 　 障害名：　　　　 　　　　 　） |
| 療　育　手　帳：□無 / □有→（　　級　交付年月日：　　　　 . . 　 備考： 　　 　 ） |
| 今までに指導・治療を受けた専門機関等：　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 保育経験 | □家庭　□家庭保育室　□企業内保育所　□小規模保育事業所　□別居親族　□その他(　　　　　　　　)□一時預かり(施設名称：　　　　　　　　　　) □保育園または幼稚園(施設名称：　　　　　　　　　　　) |
| ◎自由記入欄　…健康面や発育面など気になることがありましたら、ご自由に記入してください。 |

児童健康票に記載いただいた内容は、入所内定した保育施設（４月１次募集時のみ第一希望の施設）に情報提供します。記載漏れのないようご留意いただき、気になっていることなどございましたら自由記入欄もご活用ください。