

◎お子さまの健康状況申告書（出生前申込者用）

記入年月日令和 年 月 日

記入者氏名 _____

お子さまの氏名 _____

生年月日 _____ ・記入時の年齢 0 歳 月 日

- * 母子健康手帳は「保護者の記録」を必ず記入して、ご持参してください。
- * 母子健康手帳を確認し漏れのないよう、記入してください。

〔 区職員記入欄：お子さま 確認 ・ 未確認 〕

* 出生時の状況

- ・分娩経過：正常 ・ 帝王切開 ・ 吸引分娩 ・ その他()
 - ・妊娠期間： 週 日
 - ・出生時 体重 g ・身長 cm ・胸囲 cm ・頭囲 cm
 - ・出生時またはその後の異常：
 - ・なし
 - ・あり → 仮死・保育器使用(日間)・酸素使用(日間)
 - 強い黄疸・けいれん・入院(日間)
 - その他()
- 「あり」に記入し、治療を継続している場合は、1を記入してください。

* 予防接種の状況

- ・Hib(回) ・BCG 未・済
- ・肺炎球菌(回) ・麻しん・風しん(回)
- ・B型肝炎(回) ・水痘(回)
- ・ロタウイルス(回) ・日本脳炎(回)
- ・四種混合(回) ・おたふくかぜ(回)
- ・五種混合(回)

1	慢性疾患(病院等で継続的に治療や検査が必要な場合。小児慢性特定疾病を含む。)手術が必要な病気やケガの経験などがありますか。 ・なし ・あり (ありの方は以下に記入してください)	
	① 病名： ② 発症時期： 年 月頃(才 ヶ月頃) ③ 経過 ④ 現在の状況： 治療 ・ 通院継続 経過観察の頻度(回 /) ⑤ 医療機関名 ⑥ 現在、内服薬がありますか。 ・なし ・あり (1日__回 → 朝・昼・夕 薬品名：) ⑦ 原則として、保育園・こども園では薬はお預かりできません。ご理解いただけますか。 ・ はい ・ いいえ	
2	食物アレルギーはありますか。 ・なし ・あり (ありの方は以下に記入してください)	
	① ショック症状を起こしたことはありますか。 ・ いいえ ・ はい その他の症状： ② 除去食を実施していますか。 ・ いいえ ・ はい 除去にあたっては医師の指示に基づいていますか。 ・ いいえ ・ はい [除去食品名] ③ 内服薬等がある場合は記入してください。 ・ なし ・ あり () ④ お子さまの状況により、医師の診断書(指示書)などが必要になります。ご理解いただけますか。 ・ はい ・ いいえ ⑤ 除去食で対応できない場合は、代替食をお持ちいただくことになります。ご理解いただけますか。 ・ はい ・ いいえ	
3	健康状況	
	退院時の状況 要観察事項 なし ・ あり ()	1か月児健診 健康 ・ 要観察 ・ 未受診
4	宗教上の理由により、食べられない食品はありますか。 ・なし ・あり (ありの方は以下に記入してください)	
	*給食が食べられない場合は、原則としてお弁当持参になります。ご理解いただけますか。 ・ はい ・ いいえ	
5	入園にあたり健康・発達などで気になることがありますか。 ・なし ・あり (ありの方は以下に記入してください)	
6	0歳児クラスへ入園申請なさる方は下記についてご記入ください。	
	① 現在の栄養について： 母乳(回/日) ・ 混合(回/日) ・ ミルク(回/日) ② 離乳食を開始している場合： (1日 回食) ③ 離乳食等について心配な点があれば、ご記入ください。	