

# 児童の健康状況申告書

※本申告書は申込児童1名につき、1枚記入して下さい。申込児童が2名以上の場合は追加配布またはコピーのうえ、作成してください。

|      |  |          |   |    |
|------|--|----------|---|----|
| フリガナ |  | 記入日時点の年齢 | 歳 | カ月 |
| 児童名  |  |          |   |    |

| 問                                                                                                                                                                                                                              | 答                                                                                                                                                  |                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| ① 生まれた時の状況は                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 通常分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開<br><input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 早産 <input type="checkbox"/> 仮死 |                             |
| ② 生まれた時の体重はいくらですか                                                                                                                                                                                                              | g                                                                                                                                                  |                             |
| ③ 生まれた時は妊娠何週でしたか                                                                                                                                                                                                               | 週                                                                                                                                                  |                             |
| ⇒②で2,000g未満、または③で36週未満だった場合、現在の身長・体重                                                                                                                                                                                           | 身長                                                                                                                                                 | 体重                          |
|                                                                                                                                                                                                                                | cm                                                                                                                                                 | kg                          |
| ④ 首がすわったのはいつ頃ですか（※記入日時点で月齢5カ月以上の場合のみ記入）                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> カ月                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> まだ |
| ⑤ ひとり座りができるようになったのはいつ頃ですか。<br>（※記入日時点で月齢5カ月以上の場合のみ記入）                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> カ月                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> まだ |
| ⑥ 先天性の病気や慢性疾患及び発育・発達の相談等で、病院や施設に通っていますか                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> はい |
| ⇒「はい」の場合、病名等（ ） 通院・通所施設名（ ）                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                    |                             |
| 通院・通所回数 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週   に（ ）回 <input type="checkbox"/> 通院・通所中 <input type="checkbox"/> 通院・通所予定                                                              |                                                                                                                                                    |                             |
| 通院・通所の目的 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> その他（ ）                                                                                                 |                                                                                                                                                    |                             |
| ⑦ 先天性の病気や慢性疾患による医療的ケアがありますか                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> はい |
| ⇒「はい」の場合、医療的ケアの内容<br><input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 酸素吸入<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |                                                                                                                                                    |                             |
| ⑧ 熱性けいれんやひきつけを起こしたことがありますか。                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> はい |
| ⑨ 障害者手帳等の交付を受けていますか                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> はい |
| ⇒「はい」の場合、①手帳種別   ※必ず手帳の写しを添付してください。 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育（等級： ）                                                                                                  |                                                                                                                                                    |                             |
| ②特別児童扶養手当受給の有無 <input type="checkbox"/> 有   （等級：   級） <input type="checkbox"/> 無                                                                                                                                               |                                                                                                                                                    |                             |
| ⑩ アレルギー疾患と診断されていますか                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> はい |
| ⇒「はい」の場合、具体的な内容（ ）                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                    |                             |
| ⑪ 健康診査を受診しましたか（※4カ月児、1歳6カ月児、3歳児健康診査）                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> はい |
| ⑫ ⑪で「はい」の場合、受診した健康診査の結果、気になることがありましたか。                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> はい |
| ⇒「はい」の場合、その具体的な内容（ ）                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                    |                             |
| ⑬ 心身、言語等の発達において気になることがありますか                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> はい |
| ⇒「はい」の場合、その具体的な内容（ ）                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                    |                             |
| ⑭ 歩き始めたのはいつごろですか                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> カ月                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> まだ |
| ⑮ 理由なく突然たいたり、かみついたり奇声をあげたりしますか                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> はい |
| ⑯ 生活に支障をきたす程、特定のことにこだわりますか。<br>（※数字・図形・水遊び・食べ物・回るものなど）                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> はい |
| ⑰ 人に触れられる、大きな音などを極端に嫌がりますか                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> はい |
| ⑱ 後追いをしますか（しましたか）                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> はい |
| ⑲ 名前を呼ばれたら返事しますか（※呼ばれたことがわかり、反応する）                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> はい |
| ⑳ 意味のある単語（物の名称など）を話しますか                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> はい |
| ㉑ 話しかけられた人と目を合わせますか                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> はい |
| ㉒ 簡単な指示を理解できますか（「～チョウダイ」「マッテテネ」など）                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> はい |
| ㉓ 危険な行為を大人の表情や、簡単な言葉かけでやめる事ができますか                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> はい |
| ㉔ あいさつ・返事など生活や遊びに必要な言葉を使えますか                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> はい |
| ㉕ ほかに子どもや周囲に関心を示しますか                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> はい |
| ㉖ 自由記入（※その他、児童について、気になることがあればご記入ください。）                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                    |                             |