

氏名	ふりがな	男・女	平成・令和 年 月 日生	受付No. ※こども課記入欄
健康診査	★内容をよく読んで、漏れなくご記入ください。 ★円滑な園生活を送るために、健診等での情報を入所施設に共有する場合があります。			
	1歳6か月児健診 ①受けた [指摘事項: なし・あり ()] ②受けていない→[理由:]			
健康診査	3歳児健診 ①受けた [指摘事項: なし・あり ()] ②受けていない→[理由:]			
病気・体質等	1 平熱 (. °C) 2 今までにかかった病気やけがはありますか。いいえ・はい (内容:) 3 現在治療している病気はありますか。いいえ・はい (内容: 医療機関名:) ※2・3により、日常生活で配慮しなければならないことがある場合にはお書きください。 ()			
	4 予防接種は受けていますか。いいえ・はい (ロタ・四混・ヒブ・肺炎球菌・B型肝炎・BCG・麻しん風しん混合・水痘・日本脳炎) 5 ハチに刺されたことはありますか。いいえ・はい (ハチの種類:) 6 かかりやすい病気・けが及び体質・持病等。(該当番号に○印) ①扁桃腺が腫れやすい ⑤下痢しやすい ⑨熱が出やすい ⑬アレルギー(食物・アトピー・鼻炎・その他) ②中耳炎にかかりやすい ⑥便秘がち ⑩脱臼しやすい ⑭その他 () ③鼻血が出やすい ⑦喘息がしやすい ⑪湿疹 ④吐きやすい ⑧化膿しやすい ⑫ひきつけたことがある (いつ頃:)			
発達	1 スキップができますか。いいえ・はい 9 正しい発音ができますか。 2 はさみを使って線にそって紙を切ることができますか。いいえ・はい 3 はずむボールをつかむことができますか。いいえ・はい 4 入浴時に、ある程度自分で体を洗い拭くことができますか。いいえ・はい 5 ひとりで着衣ができますか。いいえ・はい 6 2つ以上の指示がわかりますか。いいえ・はい 7 友達と協力してひとつのものを造ることができますか。いいえ・はい (砂場やブロックなどで) 10 数の理解ができますか。(5ぐらいまで) 8 思ったことを話して相手に伝えることができますか。いいえ・はい			
	9 正しい発音ができますか。 いいえ・はい ↓ 気になる発音 ()			
食事	1 牛乳は飲みますか。いいえ・はい 4 おやつを食べますか。 2 ひとりで食べますか。いいえ・はい (スプーン・フォーク・箸) いいえ・はい(毎日 時頃・時間は決まっていない) 3 食事の傾向 ①よく食べる ②普通 ③少ない ④好き嫌が多い ↓ ⑤どんなおやつを食べますか 嫌いなもの () () 食物アレルギーはありますか。いいえ・はい ()			
排泄	1 ひとりでトイレに行けますか。いいえ・はい (尿便ともに行ける・尿のみ行ける) 2 排泄の始末ができますか。いいえ・はい (尿便ともができる・尿のみできる) 3 睡眠中はオムツを使いますか。いいえ・はい			
生活	1 主な養育者 : 昼()夜() 2 集団生活の経験 なし・あり ↓ (いつ どこで)		その他 ☆お家の人から見てどんなお子さんですか？	
	3 昼寝: しない・する ↓ ()時から()時 4 利き手は? 右・左		心配していること・発達のこと・癖など	