

健康票

この書類はお子さまが安心して集団の中で生活できるよう、保育施設がお子さまの状況を把握するためのものです。大切な資料となりますのでできるだけ具体的に記入漏れがないようご記入ください。なお、健康票の内容によって、選考で不利になることはありませんのでご安心ください。

① 成育歴(□は該当するものに✓をご記入ください)

児童氏名		生年月日	性別	障害者手帳の有無	児童の状況
フリガナ 氏名		R . .		有 ・ 無	☐ 自宅で父・母が保育 ☐ 施設で保育(施設名:) ☐ 勤務先へ同伴 ☐ その他()
出生時の状況	体重() g	在胎週数() 週	すぐ泣きましたか? ☐ はい ☐ いいえ		
現在の状況	体重() kg	身長() cm	測定日	年	月 日
0歳の頃の状況	☐ お乳をよく飲む	() か月	2歳の頃の状況	☐ 走ることができる	
	☐ 首がすわる			☐ 二語文を話す	
	☐ あやすとよく笑う			☐ 何でも自分でしたがる	
	☐ 寝返りをする	() か月	3歳の頃の状況	☐ 自分の名前が言える	
	☐ 一人で座る			☐ ごっこ遊びをする	
	☐ ハイハイする			☐ おむつが取れている	
☐ つかまり立ちをする	☐ 服を一人で脱げる				
1歳の頃の状況	☐ つたい歩きをする	() か月	4・5歳の頃の状況	☐ 会話ができる	
	☐ 一人で歩く			☐ 友達と一緒に遊ぶ	
	☐ 大人の言う簡単な言葉が分かる 例) おいで・ちょうだい等			☐ 一人で排泄できる	
	☐ 指さしをする	☐ 衣服の着脱ができる			
	☐ 意味のある言葉を話す 例) ママ、プープー等	いくつ() 語			

② 乳幼児健診の受診状況

1か月児健診	
☐ 受診【場所: ☐ 川西市保健センター(キセラ川西プラザ) ☐ その他()】 ☐ 未受診 ＜結果＞ ☐ 異常なし ☐ 要経過観察・要精密・要医療・既医療(詳細:)	
4か月児健診	
☐ 受診【場所: ☐ 川西市保健センター(キセラ川西プラザ) ☐ その他()】 ☐ 未受診 ＜結果＞ ☐ 異常なし ☐ 要経過観察・要精密・要医療・既医療(詳細:)	
10か月児健診	
☐ 受診【場所: ☐ 川西市保健センター(キセラ川西プラザ) ☐ その他()】 ☐ 未受診 ＜結果＞ ☐ 異常なし ☐ 要経過観察・要精密・要医療・既医療(詳細:)	
1歳6か月児健診	
☐ 受診【場所: ☐ 川西市保健センター(キセラ川西プラザ) ☐ その他()】 ☐ 未受診 ＜結果＞ ☐ 異常なし ☐ 要経過観察・要精密・要医療・既医療(詳細:)	
3歳児健診	
☐ 受診【場所: ☐ 川西市保健センター(キセラ川西プラザ) ☐ その他()】 ☐ 未受診 ＜結果＞ ☐ 異常なし ☐ 要経過観察・要精密・要医療・既医療(詳細:)	

③ 予防接種の状況(該当する方に○、済の場合は回数もご記入ください)

小児肺炎球菌	B 型肝炎	ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ(四種混合)	Hib	BCG	麻疹・風しん	水痘(水ぼうそう)
済(回)・未追加: 済・未	済(回)・未	初回: 済(回)・未追加: 済・未	済(回)・未追加: 済・未	済・未	済・未	済(回)・未

※五種混合を接種された方は、「四種混合」と「Hib」の2箇所「五種混合」の接種状況をご記入ください。

④ 食物アレルギーはありますか？ ☐いいえ ☐はい **※「はい」の場合以下ご記入ください**

(1) その食物は何ですか？ 例) 卵、小麦 など

(2) 医療機関を受診しましたか？ 例) ●●クリニック受診、医療機関未受診 など

(3) 医療機関の初回受診はいつですか？どのくらいの頻度で受診していますか？ 例) 6か月の頃に初回受診、月に1回 など

(4) 医師からの指導はありますか？

⑤ 今までにかかった大きな病気はありますか？ ☐いいえ ☐はい **※「はい」の場合以下ご記入ください**

(例)心疾患・熱性けいれん・てんかん・ぜんそく・川崎病 など

(1) その病気は何ですか？何歳の時に発症しその時の様子はどうでしたか？どこの病院を受診しましたか？
例) 熱性けいれん (1歳1か月のとき38℃の熱が出て意識がなくなり救急搬送された、●●病院に2日間入院)

(2) (1) の病気は現在どのような状況ですか？ 例) 病院受診終了、38度以上の熱が出た場合はダイアップを使用する

(3) 集団生活をおくるにあたって医師には相談しましたか？ (はい・いいえ)
集団生活において制限や配慮が必要と言われていることはありますか？ (はい・いいえ)

※はいの場合は以下ご記入ください

⑥ 今までにした、あるいは現在治療中の大きなケガはありますか？ ☐いいえ ☐はい **※「はい」の場合以下ご記入ください**

(例)骨折・脱臼・頭部の強い打撲・大きなやけど など

(1) そのケガは何ですか？何歳のときにしましたか？どこの病院を受診しましたか？ 例) 右足骨折 (2歳1か月・●●病院)

(2) (1) のケガは現在どのような状況ですか？ 例) 完治、治療中 (●●薬を1日●回服用)

(3) 治療中の場合、医師から制限や配慮が必要と言われていることはありますか？ あれば内容を具体的にご記入ください

⑦ 発育や発達のことなどでどこかに相談をしたことがありますか？ ☐いいえ ☐はい **※「はい」の場合以下ご記入ください**

(1) どこで相談しましたか？ 例) ●●市保健センター、●●クリニック など

(2) どのようなことを相談しましたか？ 例) 言葉の遅れ、落ち着きがない

(3) どのようなアドバイスをもらいましたか？ 例) 経過観察・視覚支援をとり入れることをすすめられた

(4) 療育を受けていますか？ 例) 療育を受けている (週●回)、受けていない など

⑧ 集団生活にあたり、発育・発達に関することで個別の支援や加配保育士等についての説明を希望されますか？ ☐いいえ ☐はい

→「はい」の場合はインクルーシブ推進課 (TEL: 072-740-1401) までご連絡ください。

⑨ その他 ※集団生活にあたり、気になることや伝えておきたいことがあれば何でもご記入ください

※④～⑨について状況が変われば入園所相談課 (072-740-1175) まで連絡してください。
※健康票に記入いただいた内容は、入所内定施設に共有させていただきます。