別紙

児童の健康状況・生活状況調書

記入日：令和　　年　　月　　日

フリガナ
児童名

平成
(令和　　年　　月　　日生)

児童の健康状況について

■出生時の異常　（ 有 ・ 無 ）

■健康、発達等で気になること　（ 有 ・無 ）

※有の場合は、裏面の「その他（特に注意してほしいことなど）」の欄に具体的に記入してください。

施設通所または長期間にわたる通院治療　（ 有 ・ 無 ）

〔障害・病状：　　〕

〔機関名等：　　〕

■かかりつけ医　※病児・病後児室担当医師から児童の状況を確認する場合がありますので、必ず記入してください。

〔医療機関名：　　担当医師名：　　☎TEL：　　〕

■平熱（　　）度

■血液型（ A ・ B ・ AB ・ O ・ 不明 ）

■使用してはいけない薬名（　　）

■予防接種を受けた年齢

BCG（　）歳

ポリオ〔1回目（　）歳、2回目（　）歳〕

ポリオ不活化〔1回目（　）歳、2回目（　）歳、3回目（　）歳、追加（　）歳〕

三種混合1期〔1回目（　）歳、2回目（　）歳、3回目（　）歳、追加（　）歳〕

四種混合1期〔1回目（　）歳、2回目（　）歳、3回目（　）歳、追加（　）歳〕

麻疹・風疹〔1期（　）歳、2期（　）歳〕

おたふく（　）歳　／　水痘（　）歳

日本脳炎1期〔1回目（　）歳、2回目（　）歳、追加（　）歳〕

インフルエンザ（　）歳

B型肝炎〔1回目（　）歳、2回目（　）歳、3回目（　）歳〕

ロタウイルス〔1回目（　）歳、2回目（　）歳、3回目（　）歳〕

Hib〔1回目（　）歳、2回目（　）歳、3回目（　）歳、追加（　）歳〕

小児用肺炎球菌〔1回目（　）歳、2回目（　）歳、3回目（　）歳、追加（　）歳〕

■既往歴

かかったことのある感染症

風疹（　）　／　水痘（　）／　おたふく（　）／　麻疹（　）

百日咳（　）／　突発性発疹（　）／　アトピー性皮膚炎（　）

熱性けいれん（　）

〔回数（　）回、最後に痙攣を起こした日（　　）年（　）月、坐薬の指示（ 有 ・ 無 ）〕

喘息及び喘息様気管支炎（　）（ 継続治療中 ・ 悪化時治療のみ）　※ダイアップ坐薬はお預かりできません。

アレルギー（ 有 （品目等：　　）・ 無 ）

※有の場合は、アレルギー反応を起こしたときの状態を具体的に記入してください。

アレルギー反応を起こした時の状態：

現在かかっている病気や常時服用している薬があれば記入してください。

〔病名：　　〕

〔服用している薬名：　　〕

〔裏面へ〕⇒

フリガナ
児童名

(平成
令和　　年　　月　　日生)

児童の生活状況について

■食事　　(記入日時点)

乳児

ミルク量　〔(　　) ｃｃ/１回、(　　) 回/１日〕

離乳食　　(初期　・　中期　・　後期　・　完了期)

幼児・学童

普段の食事内容について、具体的に記入してください。

・食事量　　(少食　・　普通　・　旺盛)

・好きなもの (　　)

・嫌いなもの (　　)

・食事で特に気をつけること

(　　)

食事制限　(有 (具体的に :　　) ・ 無)

■排せつ　　(記入日時点)

(　) 自立している

(　) 自立していない　排尿　/　排便　→　予告　(有 ・ 無)

(　) トレーニング中　紙パンツ　/　布おしめ

■睡眠　　(記入日時点)

昼寝　　(有　(　　時 ～　　時)・ 無)

寝つき　(良い / あまり良くない)

■好きな遊び道具等について

■児童の性格について

■その他 (特に注意して欲しいことなど)

※持病がある場合は、病気についての情報をできるだけ詳しく記入してください。

※かかりつけ医等からの注意事項等がある場合は、その情報を記入してください。

2023.4