

健康状況申告書

フリガナ		性別	生年月日	現在の年齢
申込児童名			年 月 日	歳 ヶ月

項	目
1	<p>乳幼児健診についてお尋ねします。 母子手帳を確認のうえ、乳幼児健診の結果にチェック(✓)をしてください。 要観察の場合には、指導や助言を受けた内容を()内に記入してください。(発達やことばなど)</p> <p>1ヶ月健診 [<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 () <input type="checkbox"/> 未受診] 4ヶ月健診 [<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 () <input type="checkbox"/> 未受診] 10ヶ月健診 [<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 () <input type="checkbox"/> 未受診] 1歳6ヶ月健診 [<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 () <input type="checkbox"/> 未受診] 3歳健診 [<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 () <input type="checkbox"/> 未受診]</p> <p>※ 健診未受診の場合や受診結果が要観察の場合は、保育課(本庁2階D9番)の窓口にてお子さまの面接が必要となります。 該当される方は、宇都宮市保育課(電話番号028-632-2393, 2394)へ、面接の予約をしてください。</p>
2	<p>予防接種についてお尋ねします。 一度でも受けたことのある予防接種にチェック(✓)をしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 4種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻疹風疹混合 <input type="checkbox"/> 水痘(生後12月~) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> ロタウイルス</p>
3	<p>食物アレルギーはありますか。ありの方は、その内容を()内に記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p> <p>【アレルギーの種類】 () 【出現した症状】 () 【ショック症状の有無】 <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり 【医師の診断の有無】 <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり 【内服薬の有無】 <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり (薬品名) 【エピペン(自己注射)の有無】 <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり 【除去食の実施】 <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり (除去食名)</p> <p>※除去食が必要な場合、医師の指示書(生活管理指導表)等の書類の提出が必要となります。 ご理解いただけますか。 <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ</p>
4	<p>食品以外のアレルギーはありますか。ありの方は、その内容を()内に記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p> <p>【アレルギーの種類】 () 【症状】 ()</p>
5	<p>下記のア~ウの病気にかかったことがありますか。ありの場合は、該当する箇所を記入してください。</p> <p>ア ひきつけ・けいれん <input type="checkbox"/> なし・<input type="checkbox"/> あり ()歳 ()カ月頃一発熱 <input type="checkbox"/> なし・<input type="checkbox"/> あり ()℃ イ アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> なし・<input type="checkbox"/> あり ウ 喘息 <input type="checkbox"/> なし・<input type="checkbox"/> あり</p> <p>保育施設等での与薬希望の場合、処方箋やその他書類の提出が必要となります。 ご理解いただけますか。 <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ</p>
6	<p>5以外で、病気等の既往歴はありますか。ありの方は、その内容を()内に記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p> <p>【診断名】 () 【症状】 () 【経過】 () 【医療機関名】 () 【現在の状況】 <input type="checkbox"/> 治癒・<input type="checkbox"/> 通院継続 一 経過観察の頻度 ()回/ ()年 ()月 ()週</p> <p>保育施設等で、配慮が必要なことはありますか。ありの場合は、その内容を記入してください。 <input type="checkbox"/> なし・<input type="checkbox"/> あり ()</p>
7	<p>お子さまの健康面や発達面で気になることはありますか。 ありの方は、その内容を()内に記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p> <p>【内容】 []</p>

※記載いただいた内容の確認等のため、保育課からご連絡をさせていただく場合もございます。
また、記載内容と事実の相違があった場合には、入園(内定)を取り消すことがあります。