

| | | | |
|--|-----------|---------|-----|
| お子様の健康状況申告書 | 申込むお子様の氏名 | (男・女) | |
| 本申告書は、お子様の入園・転園申込みをする上で、提出が必要な書類です。以下の事項について全て記入し、ご提出ください。 | 生年月日 | 年 | 月 日 |
| | 現在の年齢 | 歳 | か月 |
| | 現在の身長/体重 | cm / g | |

| | | | | | | | |
|---|--|---------------------------------|--------------------|---------|-------------|-----------|--|
| 出生時の状況 | 出生時体重 | g | 出生時の異常 | | | なし ・ あり | |
| | 妊娠期間 | 週 | (ありの方は以下に記入してください) | | | | |
| | 分娩時の状況 (正常 帝王切開 吸引 かんし 仮死) | | 保育器 | 日 | | | |
| | 病名等 | | | | | (完治・観察継続) | |
| 低出生体重児(出生時2500g未満)で、出生時に異常のあった2歳未満のお子様については、定期的な受診をしている場合、医師の意見書(低出生体重児用)を提出してください。 | | | | | | | |
| 健康状況 | 疾患等※ | なし ・ あり (ありの方は以下に記入してください) | | | | | |
| | 診断名 | | | 病院名 | | | |
| | 発症年齢 | 歳 | か月 | 経過観察の頻度 | | 年・月 回 | |
| | ※ 疾患等のある方は、医師の意見書(疾病用)を提出してください。 | | | | | | |
| | 医療的ケア※ | なし ・ あり (ありの方は該当するケアに○をつけてください) | | | | | |
| | 痰の吸引 | 経管栄養 | 導尿 | 酸素吸入 | 血糖値測定及び薬剤投与 | その他 () | |
| | ※ 医療的ケアを行っている方は、医師の意見書(医療的ケア用)を提出してください。 | | | | | | |
| | 感染症 | なし ・ あり (ありの方はかかったものに○をつけてください) | | | | | |
| | B型肝炎 C型肝炎 結核 HIV(ヒト免疫不全ウイルス) | | | | | | |
| | 予防接種 | 接種したものに○をつけてください。 | | | | | |
| | 4種混合ワクチンDPT-IPV(ジフテリア、百日せき、破傷風、ポリオ) 5種混合ワクチンDPT-IPV-Hib(ジフテリア、百日せき、破傷風、ポリオ、インフルエンザB型菌) BCG MR(麻疹 風疹) 日本脳炎 小児肺炎球菌 水痘 B型肝炎 | | | | | | |
| | アレルギー | なし ・ あり 【ありの場合： 食物 ・ その他(種類：)】 | | | | | |
| | 今までにショック症状を起こしたことはありますか | | いいえ | | | はい | |
| | 除去食を実施していますか | | いいえ | | | はい | |
| | 除去食品名 () | | | | | | |
| 除去にあたっては医師の指示に基づいていますか | | いいえ | | | はい | | |
| ※除去食が必要な場合は、医師の生活指導表が必要です。検査結果などがありましたら、添付をお願いします。 | | | | | | | |
| ひきつけの経験 | なし ・ あり | | (歳 ヶ月 | 発熱なし・あり | ℃ | 回) | |
| 服薬の有無 | なし ・ あり | | 〔 朝 ・ 昼 ・ 晩 | | 1日 | 回〕 | |
| 保育園では原則、薬は預かりません。 | | | | | | | |
| 発達の状況 | 首のすわり | か月頃 | お座り | か月頃 | ハイハイ | か月頃 | |
| | 寝返り | か月頃 | つかまり立ち | か月頃 | 歩き始め | か月頃 | |
| | 「ママ」「ブーブー」などの単語を話したのはいつですか | | | | | か月頃 | |
| | 「～持ってきて」などの簡単な指示を理解して行動しますか | | | | | はい ・ いいえ | |
| | 「マンマチョウダイ」「ワンワンキタ」などの2語文を話しますか | | | | | はい ・ いいえ | |
| | 健康診査 | 3～4か月 | 6～7か月 | 9～10か月 | 1歳半 | 3歳 | |
| | 結果 | 健康・要観察 | | 健康・要観察 | | 健康・要観察 | |
| 言葉や発達について相談している病院や施設があれば、下記にご記入ください。 わかばの家・城南分園・大田区保健所(大森 調布 蒲田 糎谷・羽田)地域健康課 その他() (1) 病院・通所施設等の意見書または指示書を提出してください。 (2) 身体障害者手帳・愛の手帳をお持ちの方は、コピーを提出してください。 | | | | | | | |
| その他 | 上記以外で、健康上・発達上気になることや食事等で生活上配慮が必要なことを記入してください。 | | | | | | |
| 保護者確認欄 | 了承の場合は、下記□内にチェックの上、ご署名をお願いします。 □ この「お子様の健康状況申告書」を、入園が内定した園に通知することに同意します。 □ 区から求められた時は、医療機関・療育機関等から意見書を取り寄せ提出します。 年 月 日 保護者氏名 | | | | | | |

※※医師の意見書や生活管理指導票は、申込むお子様一名につき一面を使用して下さい。申込みが二名ならば表面・裏面を、三名以上ならば本紙をコピーしてご利用下さい。

お子様の健康状況申告書

| | | | |
|-----------|---------|----|---|
| 申込みお子様の氏名 | (男・女) | | |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 現在の年齢 | 歳 | か月 | |
| 現在の身長/体重 | cm/ | | g |

本申告書は、お子様の入園・転園申込みをする上で、提出が必要な書類です。以下の事項について全て記入し、ご提出ください。

| | | | | | | | |
|---|--|---------------------------------|--------------------|---------|-----------------|---------|----------|
| 出生時の状況 | 出生時体重 | g | 出生時の異常 | | | なし ・ あり | |
| | 妊娠期間 | 週 | (ありの方は以下に記入してください) | | | | |
| 健康状況 | 分娩時の状況 (正常 帝王切開 吸引 かんし 仮死) | 保育器 | | | 日 | | |
| | 病名等 (完治・観察継続) | | | | | | |
| 低出生体重児(出生時2500g未満)で、出生時に異常のあった2歳未満のお子様については、定期的な受診をしている場合、医師の意見書(低出生体重児用)を提出してください。 | | | | | | | |
| 疾患等※ | | なし ・ あり (ありの方は以下に記入してください) | | | | | |
| 診断名 | | | 病院名 | | | | |
| 発症年齢 | | 歳 | か月 | 経過観察の頻度 | | | |
| | | | | 年・月 | 回 | | |
| ※ 疾患等のある方は、医師の意見書(疾病用)を提出してください。 | | | | | | | |
| 医療的ケア※ | | なし ・ あり (ありの方は該当するケアに○をつけてください) | | | | | |
| 痰の吸引 | | 経管栄養 | 導尿 | 酸素吸入 | 血糖値測定及び薬剤投与 | その他 () | |
| ※ 医療的ケアを行っている方は、医師の意見書(医療的ケア用)を提出してください。 | | | | | | | |
| 感染症 | | なし ・ あり (ありの方はかかったものに○をつけてください) | | | | | |
| | | B型肝炎 | C型肝炎 | 結核 | HIV(ヒト免疫不全ウイルス) | | |
| 予防接種 | | 接種したものに○をつけてください。 | | | | | |
| 4種混合ワクチンDPT-IPV(ジフテリア、百日せき、破傷風、ポリオ) 5種混合ワクチンDPT-IPV-Hib(ジフテリア、百日せき、破傷風、ポリオ、インフルエンザB型菌) BCG MR(麻疹 風疹) 日本脳炎 小児肺炎球菌 水痘 B型肝炎 | | | | | | | |
| アレルギー | | なし ・ あり 【ありの場合： 食物 ・ その他(種類：)】 | | | | | |
| | | 今までにショック症状を起こしたことはありますか | | いいえ | はい | | |
| | | 除去食を実施していますか | | いいえ | はい | | |
| | | 除去食品名 () | | | | | |
| | | 除去にあたっては医師の指示に基づいていますか | | いいえ | はい | | |
| ※除去食が必要な場合は、医師の生活指導表が必要です。検査結果などがありましたら、添付をお願いします。 | | | | | | | |
| ひきつけの経験 | | なし ・ あり (歳 ヶ月 発熱なし・あり ℃ 回) | | | | | |
| 服薬の有無 | | なし ・ あり (朝 ・ 昼 ・ 晩 1日 回) | | | | | |
| 保育園では原則、薬は預かりません。 | | | | | | | |
| 発達の状況 | 首のすわり | か月頃 | お座り | か月頃 | ハイハイ | か月頃 | |
| | 寝返り | か月頃 | つかまり立ち | か月頃 | 歩き始め | か月頃 | |
| | 「ママ」「ブーブー」などの単語を話したのはいつですか | | | | | | か月頃 |
| | 「～持ってきて」などの簡単な指示を理解して行動しますか | | | | | | はい ・ いいえ |
| | 「マンマチョウダイ」「ワンワンキタ」などの2語文を話しますか | | | | | | はい ・ いいえ |
| | 健康診査 | 3～4か月 | 6～7か月 | 9～10か月 | 1歳半 | 3歳 | |
| 結果 | 健康・要観察 | 健康・要観察 | 健康・要観察 | 健康・要観察 | 健康・要観察 | | |
| 言葉や発達について相談している病院や施設があれば、下記にご記入ください。 わかばの家・城南分園・大田区保健所(大森 調布 蒲田 糎谷・羽田)地域健康課 その他() (1) 病院・通所施設等の意見書または指示書を提出してください。 (2) 身体障害者手帳・愛の手帳をお持ちの方は、コピーを提出してください。 | | | | | | | |
| その他 | 上記以外で、健康上・発達上気になることや食事等で生活上配慮が必要なことを記入してください。 | | | | | | |
| 保護者確認欄 | 了承の場合は、下記□内にチェックの上、ご署名をお願いします。 □ この「お子様の健康状況申告書」を、入園が内定した園に通知することに同意します。 □ 区から求められた時は、医療機関・療育機関等から意見書を取り寄せ提出します。 年 月 日 保護者氏名 | | | | | | |

※医師の意見書や生活管理指導票は、申込みお子様一名につき一面を使用して下さい。申込みが二名ならば表面・裏面を、三名以上ならば本紙をコピーしてご利用下さい。