

入所希望日時点で 3・4・5歳児対象

児 童 健 康 問 診 票

記入日 年 月 日

※安全に保育を実施するため、お子さんの健康状態を確認させていただくものです。全ての項目について、記入漏れがないように記入してください。

ふりがな 児童氏名		男 ・ 女	年 月 日 (生)	歳 ヶ月	
出生時体重 g 在胎週数 週		現在の体重 () kg 身長 () cm			
保健センターでの乳児健診を受診しましたか 受診済の健診欄に☑を付け、運動面や言葉の発達面などで指摘された事項があれば、記入してください。					
<input type="checkbox"/> 4か月健診での指摘事項 なし あり ⇒ 内容 ()					
<input type="checkbox"/> 1歳7か月健診での指摘事項 なし あり ⇒ 内容 ()					
<input type="checkbox"/> 2歳6か月健診での指摘事項 なし あり ⇒ 内容 ()					
<input type="checkbox"/> 3歳6か月健診での指摘事項 なし あり ⇒ 内容 ()					
<input type="checkbox"/> 未受診 → (次回 年 月 日に健診予定)					
児 童 の 発 達	●食事：箸やスプーンを使い自分で食べることができる (はい ・ いいえ) ⇒ <input type="checkbox"/> 手づかみで食べる <input type="checkbox"/> 大人に食べさせてもらう				
	●排泄：トイレで自分でできる (はい ・ いいえ) ⇒ <input type="checkbox"/> 知らせるが手助けは必要 <input type="checkbox"/> おむつを使用 <input type="checkbox"/> 出たら知らせる (小便 ・ 大便)				
	●着脱：自分でできる (はい ・ いいえ) ⇒ <input type="checkbox"/> 部分的に手助けが必要 <input type="checkbox"/> すべて大人の手助けが必要				
	●歩いたり、走ったりする (はい ・ いいえ) ⇒ <input type="checkbox"/> 一人で歩くのが不安定 <input type="checkbox"/> 階段ののぼりおりができる				
	●2語文以上で会話ができる (〇〇ちょうだいなど) (はい ・ いいえ)				
	●言葉で自分の要求を表せる (はい ・ いいえ)				
	●簡単な指示に応じることができる (はい ・ いいえ)				
	集団保育の経験はありますか。 (はい ・ いいえ) →はいの場合、(歳児から ・ 園名)				
	身 体 の 様 子	身体の発育・発達について心配なことがありますか。			
		ない ある ⇒ 「体重が増えにくい、ことばが遅い、落ち着きがない、専門施設で相談している、 チューリップ教室に通っている」など、気になることがあれば、 <u>下記に記入してください。</u>			

※裏面にも記入してください

