

入所児童確認表 (児童氏名: _____)

◎ 生育歴等について

出産	出産時の状況	異常無 ・ 異常有 (_____)
	出産時の体重	(_____ g)
栄養	6ヶ月未満の栄養方法	母乳 ・ 混合 ・ 人工乳
	離乳食の開始	(満 _____ か月頃から)
初期 発達	1人で2・3歩あるいた時期	(_____ 歳 _____ か月)
	ワンワンなどを言い始めた時期	(_____ 歳 _____ か月)
健診・ 予防接種	健診の受診状況	無・有 (4か月・10か月・1才6か月・3歳)
	今までに接種した予防接種	ヒブ ・ 肺炎球菌 ・ BCG ・ 三種混合 ・ 四種混合 ポリオ (生・不活化) ・ 日本脳炎 ・ MR (麻しん・風しん) ・ 水痘 (みずぼうそう) ・ おたふく風邪 ・ B型肝炎 ・ ロタ その他 (_____)
	今までかかった大きな病気	(_____)
	健診時に指摘された事項	(_____)
自立性	食事	ひとりでできる ・ 手伝ってあげる ・ 食べさせてあげる
	着替え	ひとりでできる ・ 手伝ってあげる ・ 着替えさせてあげる
	用便	ひとりでできる ・ 知らせてくる ・ おむつをしている

◎ 健康状態について

・ 健康状態

1. 下痢をしやすいですか 無・有 (ときたま ・ たまに ・ しばしば)
2. 関節がはずれやすいですか 無・有 (ときたま ・ たまに ・ しばしば)
3. 喘息の発作などがおこったことがありますか 無・有 (ときたま ・ たまに ・ しばしば)
4. けいれん・ひきつけをおこしたことがありますか 無・有 《 高熱のとき (_____) 回・平熱のとき (_____) 回 》
《 最初 _____ 歳 _____ か月の時 》
《 最後 _____ 歳 _____ か月の時 》
5. アレルギー体質ですか 無・有《除去食等 (_____) 》
6. アトピー等がありますか 無・有《症状・除去食等 (_____) 》
7. かかりつけの病院がありますか 無・有《病院名 _____ 》
《場 所 _____ 》
8. 現在治療中の病気等がありますか 無・有《症状 _____ 》
9. 同居家族の方で感染症の疑いのある方はいますか 無・有《症状 _____ 》

・ 発達・発育面

1. 発達・発育・慢性的な病気等のことで相談している病院や施設がありますか
無・有《病名・障害名 (_____) 病院・施設名 (_____) 》
→ 障害の認定を受けている場合、種類・等級をご記入ください。
手帳の種類・等級 (_____)
2. 発達・発育・慢性的な病気等のことで気になることがありますか
無 (健康 ・ 普通)
有 (病気 ・ その他)
{ 気になるがありましたら記入してください _____ }

◎ 集団保育について

- { 集団保育を行うにあたり気になることができましたら記入してください _____ }

記入例

入所児童確認表 (児童氏名: 保育 健太)

◎ 生育歴等について

出産	出産時の状況	異常無 ・ 異常有 ()
	出産時の体重	(3000 g)
栄養	6ヶ月未満の栄養方法	母乳 ・ 混合 ・ 人工乳
	離乳食の開始	(満 5 か月頃から)
初期 発達	1人で2・3歩あるいた時期	(歳 か月)
	ワンワンなどを言い始めた時期	(歳 か月)
健診・予防接種	健診の受診状況	無・有 (4か月・11か月・1才6か月・3歳)
	今までに接種した予防接種	ヒフ ・ 肺炎球菌 ・ BCG ・ 三種混合 ・ 四種混合 ポリオ (生・不活化) ・ 日本脳炎 ・ MR (麻しん・風しん) ・ 水痘 (みずぼうそう) ・ おたふく風邪 ・ B型肝炎 ・ ロタ その他 ()
	今までかかった大きな病気	(特になし)
	健診時に指摘された事項	(特になし)
自立性	食事	ひとりのできる ・ 手伝ってあげる ・ 食べさせてあげる
	着替え	ひとりのできる ・ 手伝ってあげる ・ 着替えさせてあげる
	用便	ひとりのできる ・ 知らせてくる ・ おむつをしている

◎ 健康状態について

・健康状態

- 下痢をしやすいですか 無 有 (ときたま ・ たまに ・ しばしば)
- 関節がはずれやすいですか 無 有 (ときたま ・ たまに ・ しばしば)
- 喘息の発作などが起こったことがありますか 無 有 (ときたま ・ たまに ・ しばしば)
- けいれん・ひきつけをおこしたことがありますか 無 有 《 高熱のとき () 回・平熱のとき () 回 》
《 最初 歳 か月の時 》
《 最後 歳 か月の時 》
- アレルギー体質ですか 無 有 《除去食等 () 》
- アトピー等がありますか 無 有 《症状・除去食等 () 》
- かかりつけの病院がありますか 無 有 病院名 **〇〇クリニック** 》
《 場所 **葉山町〇〇-〇〇** 》
- 現在治療中の病気等がありますか 無 有 《症状 》
- 同居家族の方で感染症の疑いのある方はいますか 無 有 《症状 》

・発達・発育面

- 発達・発育・慢性的な病気等のことで相談している病院や施設がありますか
 無 有 《病名・障害名 () 病院・施設名 () 》
→ 障害の認定を受けている場合、種類・等級をご記入ください。
手帳の種類・等級 ()
- 発達・発育・慢性的な病気等のことで気になることがありますか
 無 (健康 ・ 普通)
有 (病気 ・ その他)
{ 気になるがありましたら記入してください }

◎ 集団保育について

- { 集団保育を行うにあたり気になることができましたら記入してください }