

子どもの健康・発達状況確認票

記入日 令和 年 月 日

児童氏名											※記入された内容により選考指数等が不利になることはありません。		
生年月日	年 月 日生												
健康状態	通院・服薬 状況	発達や慢性的な病気のことで相談している病院・施設はありますか								無 ・ 有			
		病院・施設名				病名等（主な症状）							
		発症（診断）日		歳 ヲ月		通院日数		（週・月・年）に 回					
		現在の状況		治療中・経過観察・終了・その他（ ）									
		服薬		無 ・ 有		薬の種類		園での服薬 不要・要					
		園での配慮		不要・要		（ ）							
	アレルギー	無・有 不明	原因物質		（ ）/検査 済・未								
			アレルギー症状		（ ）								
			除去食の必要		※食物等のアレルギーや除去食における対応については、希望される保育施設にご相談ください。 無 ・ 有（内容： ）								
			アナフィラキシーショック		無 ・ 有（具体的に： ）								
アトピー等	無・有	アトピー・喘息・その他（ ）											
熱性けいれん	無・有	初回	歳 ヲ月	発作回数	回	最終	歳 ヲ月	検査結果					
てんかん	無・有	歳 ヲ月	発作状況					内服薬					
健診状況	4か月健診	済・未	指摘事項なし・指摘事項あり（内容： ）										
	1歳6か月健診	済・未	指摘事項なし・指摘事項あり（内容： ）										
	3歳6か月健診	済・未	指摘事項なし・指摘事項あり（内容： ）										
発達支援の 状況	発達相談を受けたことが 無・有（時期や相談内容： ）												
	発達支援の教室参加 （療育や訓練を含む）	参加なし ・ 参加経験あり ・ 参加中 ・ 参加予定 ・ 勧められたが参加していない											
		参加（予定）教室名					参加頻度： 週・月に 回						
		通所施設名					通所頻度： 週・月に 回						
手帳	療育手帳	無・有	（ B2・B1・A ）										
	身体障害者手帳	無・有	（ 級 ）			精神障害者手帳	無・有	（ 級 ）					
発育状況	姿勢	首の座り（ ）ヵ月頃 お座り（ ）ヵ月頃											
	初歩	（ ）歳（ ）ヵ月頃 ・ まだ（寝返り・ずりばい・はいはい・つたい歩き）											
	ことば	まだ・単語・2語文・会話ができる/初語（ ）歳（ ）ヵ月頃											
	衣服の着脱	できない・手伝いが必要・できる・その他（ ）											
	食事	ミルクのみ・手伝いが必要・できる（手づかみ・スプーン・はし・両方）											
	排泄	オムツ（報告 有・無）・手伝いが必要・できる・その他（ ）											
その他	健康または発達上で、気になることがあればご記入ください。												

●本確認票に記載された内容、聞き取りした児童の健康状態等に関して、本市関係所管課（保健センター・児童発達支援センター・子育て総合支援センター）と共同利用し、入園（所）決定時には保育施設に共有します。また、子ども政策課より定期健診等の結果を本市関係所管課に問い合わせる場合があります。  
●申込児童の健康状況が、本確認票と異なる場合、入園（所）承諾（内定）を取り消す場合があります。健康状態・健診状況・発達支援の状況・手帳等に変更が生じた場合は、速やかに子ども政策課までご申告ください。

上記内容を確認の上、承諾しました。 令和 年 月 日 保護者氏名