

# 児童の健康状況等調査票

令和 年 月 日

本調査票を提出した園以外の園に入園が決定した場合、岡崎市が本調査票を入園が決定した園に情報提供する場合があることに同意した上で提出します。

保護者氏名

## 1 入園申込児童について

ふりがな		生年月日	性別	面接日	面接時の月齢
児童名		平成 令和 年 月 日	男・女	月 日	歳 か月

## 2 出産の状況について

妊娠期間	週 日	分娩経過	<input type="checkbox"/> 頭位 <input type="checkbox"/> 骨盤位 <input type="checkbox"/> 帝王切開	出生時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )
出生時の体重	g	出生時の身長	cm	出生時の胸囲	cm
				出生時の頭囲	cm

## 3 予防接種について

予防接種	<input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 四種混合 <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 水疱瘡 <input type="checkbox"/> B型肝炎
	<input type="checkbox"/> 麻疹・風疹混合ワクチン <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> ロタ <input type="checkbox"/> おたふく風邪 <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> その他( )

## 4 乳児期の発達状況について

定頸(首のすわり)	<input type="checkbox"/> ( )歳( )か月から <input type="checkbox"/> 未	備考:
寝返り	<input type="checkbox"/> ( )歳( )か月から <input type="checkbox"/> しない	備考:
お座り	<input type="checkbox"/> ( )歳( )か月から <input type="checkbox"/> 未	備考:
はいはい	<input type="checkbox"/> ( )歳( )か月から <input type="checkbox"/> しない	備考:
歩き始め	<input type="checkbox"/> ( )歳( )か月から <input type="checkbox"/> 未	備考:
歯の生え始め	<input type="checkbox"/> ( )歳( )か月から <input type="checkbox"/> 未	備考:
人見知り	<input type="checkbox"/> ( )歳( )か月から <input type="checkbox"/> なし	備考:
言葉の出始め (ママ・マンマなど意味のある言葉)	<input type="checkbox"/> ( )歳( )か月から <input type="checkbox"/> 未	備考:

## 5 健診状況について

4か月健診	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない ※健診時の助言 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 内容:
1歳6か月健診	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない ※健診時の助言 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 内容:
2歳歯科健診	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない ※健診時の助言 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 内容:
3歳健診	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない ※健診時の助言 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 内容:

## 6 健康状態・既往歴・先天性疾患について

平熱	℃	アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 内容:
既往歴 先天性疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肘内障 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> その他 ( )		

※裏面も記入してください

7 0～2歳児(乳児)のかたについての状況 (3～5歳児のかたは、項番8に進んでください)

質問事項		回答	備考
言葉	言葉	<input type="checkbox"/> 話す(話す言葉: ) <input type="checkbox"/> 話せない	
	ゆびさし	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	
行動	目が合うか	<input type="checkbox"/> 合う <input type="checkbox"/> 合わない	
	落ち着いて座れるか	<input type="checkbox"/> 座れる <input type="checkbox"/> 座れない	
遊び	遊び	好きな遊び:	
排泄	排泄の方法	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> おまるでできる <input type="checkbox"/> 自分でできる	
対人関係	大好きな人	大好きな人:	
	周囲の子との遊び	<input type="checkbox"/> 遊ぶ <input type="checkbox"/> 遊ばない	
睡眠	眠りの深さ	<input type="checkbox"/> 深い <input type="checkbox"/> 浅い	
	眠りかた	<input type="checkbox"/> ひとりで眠る <input type="checkbox"/> 抱っこで眠る <input type="checkbox"/> その他:	
食事	食べ方の特徴	<input type="checkbox"/> 心配ない <input type="checkbox"/> むせやすい <input type="checkbox"/> 詰まりやすい	
	好き嫌い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 好きなもの:	
	食形態	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 人工乳 <input type="checkbox"/> 離乳食(初・中・後・完了) <input type="checkbox"/> 普通食(大人と同じ) <input type="checkbox"/> 軟らかいもの <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> とろみ	
	水分補給	<input type="checkbox"/> お茶 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> その他:	

8 3～5歳児(幼児)のかたについての状況 (0～2歳児のかたは、項番7のみ記入してください)

質問事項		回答	備考
言葉	会話	<input type="checkbox"/> 話す <input type="checkbox"/> 話せない	
	言葉の心配	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 言葉が遅い <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> その他)	
着脱	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 簡単な上のみ可 <input type="checkbox"/> 下のみ可 <input type="checkbox"/> 少しの介助要 <input type="checkbox"/> その他:	
運動	運動	<input type="checkbox"/> 活発 <input type="checkbox"/> 戸外を好まない <input type="checkbox"/> 器用 <input type="checkbox"/> 不器用	
	遊び	好きな遊び:	
排泄	排尿	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 事前に知らせる <input type="checkbox"/> 事後に知らせる <input type="checkbox"/> 知らせない	
	排便	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 事前に知らせる <input type="checkbox"/> 事後に知らせる <input type="checkbox"/> 知らせない	
友達	友達関係	<input type="checkbox"/> 友達と遊ぶ <input type="checkbox"/> ひとりで遊ぶ <input type="checkbox"/> 人見知り	
食事	食べ方	<input type="checkbox"/> 自分で食べる <input type="checkbox"/> 介助が必要	
	食事の食器	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 手づかみ	
	飲み物の器	<input type="checkbox"/> コップ <input type="checkbox"/> ストロー <input type="checkbox"/> その他:	
	好き嫌い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 好きなもの:	
	食形態	<input type="checkbox"/> 普通食(大人と同じ) <input type="checkbox"/> 軟らかいもの <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> とろみ	
水分補給	<input type="checkbox"/> お茶 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> その他:		

保育園メモ欄