

児童状況票及び緊急連絡先

記入日： 令和 年 月 日

児童氏名	性別	生年月日	平熱
ふりがな	男 ・ 女	令和 年 月 日	°C
住所 〒	—	緊急連絡先①	続柄
		緊急連絡先②	続柄
		緊急連絡先③	続柄

家族構成	記入例 父 ゆりのこ太郎
------	--------------

予防接種	項目	接種回数			
	BCG	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 未		
小児肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加	
B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目		
ロタウイルス	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目			
4種混合・5種混合	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加	
ヒブ	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加	
麻しん・風しん混合 (MR)	<input type="checkbox"/> 1回目	その他			
水痘	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目			
流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目			
日本脳炎	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目		

体質および注意事項	食物アレルギーについて	
	<input type="checkbox"/> 無 → 加熱した卵・生牛乳・豆乳を口にすることが	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	<small>アレルギー物質</small>	
	<input type="checkbox"/> 有 → () → アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 エピペン → <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	熱性けいれんを起こしたことが	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 喘息 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	初回 年 月 日 最後 年 月 日	肘内障 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 部位 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
(けいれん時の熱 °C)		常用薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → ()
抗けいれん薬の処方 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 園で預かる場合医師の指示書が必要です		
その他 健康上注意すべきこと、配慮が必要なことについて		
かかりつけ医 () 電話		
() 電話		

疾病	有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	有の場合	疾病内容
		通院施設名： 治療中の病気： 内服薬： <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無
	集団保育に関する確認	医療機関での可否確認： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
かかりつけ医 () 電話		

障 が い	<input type="checkbox"/> 有	有 の 場 合	診断名：			
	<input type="checkbox"/> 無		通院施設名：			
	障がい手帳： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				集団保育に関する医療機関での可否確認： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
発 育 状 況	首のすわり		ヵ月	つたい歩き	ヵ月	
	寝返り		ヵ月	歩行	ヵ月	
	お座り		ヵ月	初語	ヵ月	
	ハイハイ		ヵ月	2語文	ヵ月	
	つかまり立ち		ヵ月	人見知り	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
発 達	相談		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	有 の 場 合	相談して いる施設	<input type="checkbox"/> 健康センター	<input type="checkbox"/> 病院	<input type="checkbox"/> その他	
		相談内容	<input type="checkbox"/> 子ども家庭支援センター <input type="checkbox"/> 児童発達支援所			
		利用頻度	回			
	乳幼児健康診査		<input type="checkbox"/> 受けていない・受けていない健診がある <input type="checkbox"/> 受けている → 指摘事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
生 活	好きな遊び					
	嫌いな遊び					
	誰と		<input type="checkbox"/> 誰とでも <input type="checkbox"/> 一人 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> きょうだい			
	行動		<input type="checkbox"/> 落ち着きがある <input type="checkbox"/> よく動く <input type="checkbox"/> その他 ()			
	食事		<input type="checkbox"/> 最後まで座って食べる <input type="checkbox"/> 立ち歩くことがある <input type="checkbox"/> 立って食べている <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> 一人では不可 <input type="checkbox"/> コップ <input type="checkbox"/> マグ <input type="checkbox"/> 哺乳瓶 <input type="checkbox"/> ストロー <input type="checkbox"/> 離乳している <input type="checkbox"/> 母乳または人工乳を飲んでいる → () cc / 回			
	散歩		<input type="checkbox"/> 手を繋いで歩く <input type="checkbox"/> 手は繋がらないが歩く <input type="checkbox"/> ベビーカー <input type="checkbox"/> 抱っこ紐 <input type="checkbox"/> 家周辺を散歩 <input type="checkbox"/> 公園に行く → 好きな遊び(砂場・ブランコ・滑り台・ジャングルジム・スプリング遊具)			
	集団保育の経験		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 配慮してほしいこと(身体的・性格的・宗教上の理由) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 内容：			
保 護 者 の 状 況	普段お子さんと長く過ごしている方にお聞きします 回答しているのは？ <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母					
	育 児	<input type="checkbox"/> 楽しい <input type="checkbox"/> 大変なことはあるけど楽しい気持ちの方が強い <input type="checkbox"/> 大変 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 悲しくなることがある <input type="checkbox"/> 涙が出ることもある <input type="checkbox"/> イライラすることが多い <input type="checkbox"/> 子どもを傷つけてしまいそうになることがある <input type="checkbox"/> 現在悩んでいることがある				
		相 談	<input type="checkbox"/> 困ったときに相談できる人がいる <input type="checkbox"/> 相談相手がいない			