

入 所 前 健 康 調 査 に 係 る 意 見 書

保護者の方が必ず事前に表面と裏面の保護者記入欄に必要事項を御記入のうえ、母子健康手帳とともに医療機関にお持ちください。

保護者記入欄 1

利用施設名称		児童氏名	男・女
生年月日	年 月 日 (歳 か月)	住所	

医師記入欄

所 見	保育所等での保育に当たり、下記項目のうち、留意が必要な事項の有無 無 ・ 有 ※ 「有」の場合は、該当項目に○をし、内容を記入してください (項目) 身長・体重 / 栄養状態 / 貧血 / 口腔 / 胸部聴診 / 腹部 皮膚(湿疹・アトピー性皮膚炎・母斑・血管腫・その他) / 形態異常(大頭・小頭・顔貌・漏斗胸・ヘルニア・停留精巣・四肢・その他) / 心雑音(機能的・病的) / 神経学的所見及び運動機能 / その他の疾病
	(内容、留意事項など)
助 言 ・ 指 導	(保育上、配慮を要することなど)
医療機関名 年 月 日 医師 印	

保護者記入欄 2

児童の状況について	
妊娠・出産状況	第（ ）子 単胎・多胎（ 胎） 妊娠中の経過 正常・異常（特記事項） 出産の状況 妊娠期間（ 週 日） 入院期間 母（ 日） 児（ 日） 出生時の児の状況 体重（ g）身長（ cm）胸囲（ cm）頭囲（ cm） 特別な所見・処置 無・有 [仮死 ・ 黄疸 ・ 貧血 ・ その他（ ）]
発達の状況	（ ）に月齢を記入してください。 首がすわる（ か月） つたい歩きをする（ 歳 か月） 寝返りをする（ か月） 離れた場所のおもちゃを指すとその方向を見る ひとりすわりをする（ か月）（ 歳 か月） はいはいをする（ か月） ひとりで歩く（ 歳 か月） つかまり立ちをする（ か月） 意味のある言葉を話す（ 歳 か月） 後追いをする（ か月） 2語文（マンマチョウダイ、ワンワンキタなど）を言う 人見知りをする（ か月）（ 歳 か月）
栄養の状況	現在の状況に○をつけてください。 栄養方法（ 母乳 ・ 混合 ・ 人工 ） 離乳食（ 未実施 ・ 1回食 ・ 2回食 ・ 3回食 ・ 完了 ） アレルギー等による除去食の対応 無 ・ 有（除去している食品）
既往歴等	今までに乳幼児健康診査で経過観察などになったことがありますか。 無 ・ 有（具体的に） 今までにかった病気に○をつけてください。 麻疹（はしか） ・ 風しん ・ 百日咳 ・ 水痘 ・ おたふくかぜ ・ 結核（本人・家族） 熱性けいれん ・ てんかん ・ 心臓疾患 ・ 腎臓疾患 ・ アトピー性皮膚炎 ・ 喘息 食物アレルギー（食品名） ・ その他（ ）
予防接種	今までに受けた予防接種に○をつけてください。 BCG ・ ヒブ（Hib）（1回・2回・3回・追加） 小児用肺炎球菌（1回・2回・3回・追加） ・ 4種混合（1回・2回・3回・追加） 麻疹風しん混合（MR）（1回・2回） ・ 水痘（1回・2回） B型肝炎（1回・2回・3回） ・ 日本脳炎（1回・2回・追加） おたふくかぜ（1回・2回） ・ ロタ（1回・2回・3回） ・ その他（ ）
通病中の病気	病 名（ ） 医療機関名（ ）
その他	子育てについて悩んでいることや、困難を感じることをなどをご記入ください。

※ 保護者記入欄は必ず事前に御記入のうえ、医療機関を受診してください。

※ 医療機関受診の際は、母子健康手帳もお持ちください。