第1号様式　添付書類1

健康状態等調書

令和　　年　　月　　日現在

ふりがな		性別	児童の生年月日	保護者氏名
児童名		男・女	年　月　日生	

児童の住所地		※住所地は住民票の住所を、居住地は実際に住んでいる帰省先・滞在先を記入してください。愛南町に住民票がない保護者・児童は免許証や保険証など証明となるものの写しを添付してください。
児童の居住地		

送迎者	登所		続柄	父・母・父方祖父・父方祖母・母方祖父・母方祖母・(　　)
	降所		続柄	父・母・父方祖父・父方祖母・母方祖父・母方祖母・(　　)

健康保険証記号番号	かかりつけの医療機関	電話番号

生活状況

食事	食　欲	有・無　時間がかかる	食べるとき	手づかみ・フォーク・スプーン・はし
	好き嫌い	有・無　嫌いな食品(　　)		
	離乳食	完了・未完了(後期・完了期)	母乳またはミルク	飲んでいる(　　回/日)・飲んでいない
歩行	室 内	5歩、歩くことが　できる・できない　(　　)		
	屋 外	靴を履いて歩くことが　できる・できない　(　　)		
排泄	オムツ	している・していない・その他(　　)		
	小　便	おしえる・おしえない・その他(　　)		
	大　便	おしえる・おしえない・その他(　　)		
昼　寝		している(　　:　　～　　:　　)・していない		
		寝かせ方　一人で寝る・添い寝・抱っこ・おんぶ・その他(　　)		
遊　び		子どもの中で遊んだことがありますか？(ある・ない・あるが一人遊び) 好きな遊び(　　)		

1日の生活のリズム(起床、朝食、昼食、お昼寝、おやつ、夕食、入浴、就寝などについて記入)

午前　　午後

0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　11　12　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　11　12

《食事で気になること》

《排泄で気になること》

《生活・遊びの面で特に配慮が必要なこと》

健康状態

予防接種・病気の状況(接種済・該当するものに〇を、その他には病名を記入)

ヒブ	肺炎球菌	B型肝炎	四種混合	日本脳炎	BCG	麻疹・風疹	水痘

中耳炎	喘息	脱腸	脱臼	アレルギー	その他

体質的なことについて(該当するものを〇で囲み、必要事項を記入)

・風邪をひきやすい　・熱を出しやすい　・鼻水が出やすい　・便秘をしやすい

・下痢しやすい　・湿疹ができやすい　・口内炎になりやすい

・吐きやすい(　　のとき　)

・継続して服用している薬がある　(保育所での与薬には「与薬依頼申請書」が必要です。　)

・その他(　　)　平熱　　度

《医師から指導されていること・特に配慮が必要なこと》