

子の健康状況調査票

お子さんが認定こども園等に入園される際の貴重な資料となります。
表・裏の太枠内をご記入ください。

ふりがな		生年月日	性別
申請児童名		平成・令和 年 月 日	男・女

1. 出生時の状況について

①在胎週数： 週 ②出生体重： g
 ③出産時の状況： ・特別な所見、処置なし ・仮死 ・保育器使用（ 日間）
 ・酸素使用 ・その他（ ）

2. 乳幼児健診の結果について

乳 児 健 診	受診 ・ 未受診	指摘なし・あり（ ）
1歳6か月児健診	受診 ・ 未受診	指摘なし・あり（ ）
3歳児健診	受診 ・ 未受診	指摘なし・あり（ ）

3. かかった病気と現在の様子について

次のうち今までかかったものがありますか	はい	心臓疾患 ・ 腎疾患 ・ 肝疾患 ・ ぜんそく ・ てんかん
	いいえ	アトピー性皮膚炎 ・ 中耳炎 ・ その他（ ）
かかりやすい病気などはありますか	はい	熱が出やすい ・ 風邪をひきやすい ・ 下痢しやすい
	いいえ	脱臼しやすい ・ その他（ ）
ひきつけやけいれんを起こしたことがありますか	はい	回数：（ 回） / 時期：（ ）
	いいえ	原因：熱があるとき（ ℃） ・ その他（ ）
薬の服用がありますか	はい	病名・薬名（ ）
	いいえ	いつ頃から服用していますか（ 年 月頃から）

4. 栄養状況について

1) 6か月未満時点の栄養法	母乳 ・ 混合 ・ ミルク	2) 離乳食開始時期	満 月 月
3) 現在の食事方法	手づかみ ・ スプーン ・ 箸	4) 食事の手伝い	不要 ・ 要

5. アレルギーについて

食物アレルギーはありますか はい ・ いいえ

※以下は、上記で『はい』に○をされた人のみ記入してください。

病院の受診	かかりつけ病院名		検査の有無	有（病院名： ） ・ 無
	検査日	令和 年 月 日	次回受診予定日	令和 年 月 日
	診断名	食物アレルギー ・ アナフィラキシー（過去に 有 ・ 無 ） ・ その他（ ）		
アレルギーの原因食品はなんですか		鶏卵 ・ 牛乳 ・ 小麦 ・ 大豆 ・ ピーナッツ ・ 魚卵 ・ その他（ ）		
原因食品を摂取した時に出現する可能性のある症状について		・ ショック ・ 咳き込み ・ 呼吸困難 ・ 顔面紅潮 ・ 発疹 ・ かゆみ ・ 粘膜や皮膚の腫れ ・ 下痢 ・ じんましん ・ その他（ ）		
家庭で気を付けていることはありますか				

6. 園へ健康・発達のことで伝えておきたいこと、乳幼児健診等で助言や経過観察を受けていること等があれば、ご記入ください

裏面もご記入ください

※現在の月齢まですべて記入してください。

1～2か月					
○裸にすると手足をよく動かしますか	はい	いいえ	○お乳をよく飲みますか	はい	いいえ
○大きな音にビックッと手足を伸ばしたり、泣き出すことがありますか	はい	いいえ	○おへそは乾いていますか	はい	いいえ
3～5か月					
○首かすわったのはいつですか	か月ごろ		○目つきや目の動きがおかしいのではないかと気になりますか	いいえ	はい
○声や音のする方を見ますか	はい	いいえ	○あやすとよく笑いますか	はい	いいえ
6～8か月					
○寝返りをしたのはいつですか	か月ごろ		○ひとり座りをしたのはいつですか	か月ごろ	
○近くにあるおもちゃに手を伸ばしてつかみますか	はい	いいえ	○家族と一緒にいるとき、話しかけるような声を出しますか	はい	いいえ
○名前を呼ばれたら声のする方を見ますか	はい	いいえ	○瞳が白く見えたり、黄緑色に光って見えたりすることがありますか	いいえ	はい
○後追いをしますか	はい	いいえ			
9～11か月					
○はいはいをしたのはいつですか	か月ごろ		○つかまり立ちをしたのはいつですか	か月ごろ	
○そっと近づいて、ささやき声で呼びかけると振り向きますか	はい	いいえ	○機嫌良くひとり遊びができますか	はい	いいえ
○離乳は順調に進んでますか	はい	いいえ	○指で小さいものをつまみますか	はい	いいえ
※申請時点で1歳・2歳の方は全員記入してください。					
○食事の時に座っていられますか	はい	いいえ	○おもちゃの貸し借りができますか	はい	いいえ
○教えると危険なことがわかりますか	はい	いいえ	○絶えず動き回り、目が離せないことがありますか	はい	いいえ
○大人の言うことがわかりますか	はい	いいえ	○泣いたり動いたりせず、おとなしすぎると思うことはありますか	いいえ	はい
○話しかけたとき視線は合いますか	はい	いいえ	○かんが強くよくぐずりますか	いいえ	はい
○どんな遊びが好きですか（具体的に）	（ ）				
○特定のものにこだわりはありますか（具体的に）	（ ）				
1歳ごろ					
○つたい歩きをしたのはいつですか	か月ごろ		○ハイハイ、コンニチハなどの身振りをしますか	はい	いいえ
○音楽に合わせて楽しそうに身体を動かしますか	はい	いいえ	○大人の言う簡単な言葉がわかりますか	はい	いいえ
○離れたところにあるおもちゃを指すとその方向を見ますか	はい	いいえ	○一緒に遊ぶと喜びますか	はい	いいえ
○1日3回の食事リズムはつきましたか	はい	いいえ			
○どんな遊びが好きですか（具体的に）	（ ）				
1歳6か月ごろ					
○ひとり歩きをしたのはいつですか	か月ごろ		○ママ、プープなどの意味のある言葉をいくつか話しますか	はい	いいえ
○後ろから名前を呼ぶと振り向きますか	はい	いいえ	○鉛筆などを持ってなぐり書きをしますか	はい	いいえ
○哺乳瓶を使っていますか	いいえ	はい	○絵本を見て知っているものを指さしますか	はい	いいえ
○極端にまぶしがったり目の動きがおかしいのではないかと気になりますか	いいえ	はい	○自分でコップを持って飲めますか	はい	いいえ
2歳のころ					
○走ることができますか	はい	いいえ	○スプーンを使って自分で食べますか	はい	いいえ
○積み木で塔を作ったり、横に並べて電車などに見立てたりして遊びますか	はい	いいえ	○2語分（ワンワンキタ、マンマチョウダイ）などを言いますか	はい	いいえ

※現在の年齢まですべて記入してください。

※申請時点で3歳以上の方は全員記入してください。

○目を合わせて返事ができますか	はい	いいえ	○好きなおもちゃでよく遊びますか	はい	いいえ
○おもちゃの貸し借りができますか	はい	いいえ	○睡眠のリズムは整っていますか	はい	いいえ
○一定時間座って自分で食べられますか	はい	いいえ	○ひどく乱暴である、ひどく落ち着かず動き回ることがありますか	いいえ	はい
○他人のものと区別できますか	はい	いいえ	○色（赤・青・黄・緑）がわかりますか	はい	いいえ
○転びやすいですか	いいえ	はい	○指しゃぶりをしますか	いいえ	はい
○食べ物の好き嫌いがありますか	いいえ	はい	（具体的に）	（ ）	
○特定のものにこだわりがありますか	いいえ	はい	（具体的に）	（ ）	
○日本語以外の言語で話しますか	いいえ	はい	（話せる言語）	（ ）	
○どんな遊びが好きですか（具体的に）	（ ）				
3歳のころ					
○手を使わずひとりで階段を登れますか	はい	いいえ	○クレヨンなどで丸（円）を書きますか	はい	いいえ
○衣服の着脱をひとりでできますか	はい	いいえ	○自分の名前が言えますか	はい	いいえ
○よく噛んで食べる習慣がありますか	はい	いいえ	○目つきや目の動きがおかしいですか	いいえ	はい
○物を見るとき目を細めたり、極端に近づけたりしますか	いいえ	はい	○耳の聞こえが悪いのではないかと気になりますか	いいえ	はい
○自分の要求を言葉で伝えることができますか	はい	いいえ	○お手伝いを喜んでしますか	はい	いいえ
○おままごと、ヒーローごっこなどのごっこ遊びができますか	はい	いいえ			
4歳のころ					
○階段の2、3段目の高さから飛び降りるようなことをしますか	はい	いいえ	○片足でケンケンをして跳びますか	はい	いいえ
○自分の経験したことを家族に話しますか	はい	いいえ	○はさみを上手に使えますか	はい	いいえ
○衣服の着脱ができますか	はい	いいえ	○友だちと会話をしながらごっこ遊びをしますか	はい	いいえ
○おしっこをひとりでしますか	はい	いいえ	○ルールを守ることができますか	はい	いいえ
○簡単な図形（○△□）が描けますか	はい	いいえ			
5歳のころ					
○でんぐり返しができますか	はい	いいえ	○思い出して絵を描くことができますか	はい	いいえ
○はっきりとした発音で話ができますか	はい	いいえ	○うんちをひとりでしますか	はい	いいえ
○花や動物をかわいがったり、他人を思いやる気持ちをもったりしていますか	はい	いいえ	○お話を読んであげるとその内容がわかりますか	はい	いいえ