発育状況調書

該当項目への☑、必要箇所のご記入・ご署名をお願いします。

（職員記入欄）
●保護者： 父 ・ 母　　●受付（　　）
●母子手帳： 有 ・ 無　　●子ども同伴： 有 ・ 無

申込児童氏名	（第　　子）	性別	男 ・ 女	生年月日	令和＿＿年＿＿月＿＿日生

発育状況	出生時	妊娠（　　）週で出産、 体重（　　）g、 身長（　　）cm 妊娠・出産時の特記事項：☐なし　☐あり（☐切迫早産　☐妊娠高血圧症候群　☐新生児仮死　☐その他（　　））|
	現在	（　　）歳（　　）ヶ月、体重（　　）kg、 身長（　　）cm
健康状況	現在	☐健康　☐通院中（病名・症状：　　）　☐療養中（病名・症状：　　）
	病歴	☐病歴なし ☐病歴あり ⇒ ☐心臓病（診断名：　　、 歳　ヶ月頃）⇒ ☐完治　☐治療中　☐経過観察中 ☐じん臓病（診断名：　　、 歳　ヶ月頃）⇒ ☐完治　☐治療中　☐経過観察中 ☐けいれん（☐熱性　☐熱性以外（　　）、 歳　ヶ月頃から　歳　ヶ月頃までに　回） ☐ぜんそく ⇒ ☐完治　☐治療中　☐経過観察中 ☐その他（病名・症状：　　、 歳　ヶ月頃）⇒ ☐完治　☐治療中　☐経過観察中
	アレルギー・アトピー	☐なし　☐あり（医療機関にて検査済み）　☐あり（医療機関にて検査していない）※「あり」の場合は下記をご記入ください ①原因物質・飲食物：＿＿＿＿＿＿　②症状：＿＿＿＿＿＿. ③発症範囲：☐皮膚（☐全身、☐特定部位（　　））　☐呼吸器　☐消化器　☐その他（　　） ④除去食の必要：　☐なし　☐あり（具体的な対応方法：　　） ⑤アドレナリン自己注射薬（エピペン®）またはアドレナリン点鼻液（ネフィー®）の処方：☐なし　☐あり ⑥アナフィラキシーショック：☐なし　☐危険性あり　☐発症歴あり（いつ：　　対応方法：　　）
	服薬	☐服薬の必要なし　☐服薬の必要あり（下記を記入ください。※アレルギー・アトピーの投薬（内服薬等）を含む） ①薬品名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿. ②保育施設での服薬の必要：☐なし（自宅等での服薬のみ） ☐あり（服薬頻度：　回／日、☐食前、☐食後、☐発作時、☐その他（　　））|
	その他	その他、健康上・医療上の配慮の必要：☐なし　☐あり（具体的な内容：　　）
手帳		☐なし　☐身体障がい者手帳（等級：　級）　☐精神障がい者保健福祉手帳（等級：　級） ☐療育手帳（等級：☐Ａ、☐Ｂ１、☐Ｂ２）　☐特別児童扶養手当認定通知書（受給証明書）
健診状況		**⬇ 発達や成長のことで、助言を受けたり経過を見るよう言われたことがあれば記入してください ⬇** １か月児健診：☐未受診　☐受診（育児相談：☐なし　☐あり（内容：　　） ４か月児健診：☐未受診　☐受診（育児相談：☐なし　☐あり（内容：　　） １歳６か月児健診：☐未受診　☐受診（育児相談：☐なし　☐あり（内容：　　） ３歳６か月児健診：☐未受診　☐受診（育児相談：☐なし　☐あり（内容：　　） **上記の定期健診にて医療機関を受診するよう助言等を受けた有無** ☐なし（助言等なし）　☐あり（助言等は受けたが、まだ受診できていない〔助言内容：　　〕） ☐あり（☐診断名あり〔診断名：　　〕☐診断名なし〔医師指摘内容：　　〕）|
発育・発達の状況		●首がすわる（☐　ヶ月、☐まだ）　●寝返り（☐　ヶ月、☐まだ） ●はいはい（☐　ヶ月、☐まだ）　●つたい歩き（☐　ヶ月、☐まだ）　●ひとり歩き（☐　ヶ月、☐まだ） ＜言葉＞　☐まだ　☐喃語　☐単語　☐二語文　☐会話ができる ／ 初語（　歳　ヶ月頃） ＜着脱＞　☐全面介助　☐脱ぐ（☐上、☐下）　☐着る（☐上、☐下）　☐ボタンをとめる ＜食事＞　☐全面介助　☐援助が必要　☐できる（☐手づかみ、☐スプーン、☐はし） ＜排泄＞　☐オムツ　☐紙パンツ　☐援助が必要　☐時々１人でできる　☐１人でできる ・あやすとよく笑いますか？　（☐はい　☐いいえ） ・見えない方向から声をかけると見ようとしますか？　（☐はい　☐いいえ） ・機嫌よくひとりあそびができますか？　（☐はい　☐いいえ） ・身近な人と見知らぬ人の区別ができますか？　（☐はい　☐いいえ） ・指差しをしますか？　（☐はい　☐いいえ） ・自分の名前や保護者の名前が言えますか？　（☐はい　☐いいえ） ・自分の思いや要求を言葉で伝えられますか？　（☐はい　☐いいえ） ・相手の目を見て話しをしたり聞いたりできますか？　（☐はい　☐いいえ） ・友達と一緒に遊ぶことを喜びますか？　（☐はい　☐いいえ）
予防接種の状況		☐おおむね標準的な時期に合わせて接種している　☐未接種 ☐一部未接種や遅れているものがある　☐接種状況を把握していない
児童発達支援事業所の利用（予定）		☐利用なし（利用予定なし） ☐利用中　（☐めばえ教室　☐高槻市立療育園　☐うの花療育園　☐その他（　　）） ☐利用予定（☐めばえ教室　☐高槻市立療育園　☐うの花療育園　☐その他（　　））
集団保育上の配慮の必要性		☐個別支援の必要なし ☐個別支援が**時々**必要 ☐個別支援が**常時**必要 ⟶ 具体的な内容：＿＿＿＿＿＿＿＿.|

● 本調書に記載された内容・聞き取りした児童の健康状態等に関して、本市関係所管課（保育幼稚園事業課・保育幼稚園総務課・子育て支援課・子ども保健課（子ども保健センター）・高槻市教育委員会・入所（予定）保育所等）が共同利用します。また、保育幼稚園事業課・保育幼稚園総務課より、定期健診の結果や育児相談内容などについて、子ども保健課へ問い合わせる場合があります。

● **児童の健康状況・発育状況等に本調書への記載、申込保育施設への事前受入確認をされていない場合、内定後であっても施設の受け入れ態勢が整わず、受入ができかねる場合があります**ので、必ずご記載・ご確認いただきますようお願いします。

上記内容を確認の上、承諾しました。　令和＿＿年＿＿月＿＿日　保護者署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿.