

健康・発育の記録

フリガナ トコナメ イチロウ
児童氏名: 常滑 一郎

生年月日: 令和 〇年 〇月 〇日

記入例

: 令和 〇年 〇月 〇日 記入日時点のお子さんの月齢: 〇歳 〇か月

ごすために、お子さんの健康・発育の様子を教えてください。
該当する項目を ○で囲み () 内に内容を記入してください。
なお、集団生活で配慮が必要な場合、詳細を裏面下段「個別配慮」欄へ記入してください。

生育歴	出産の状況	正産分娩・異常分娩: ・帝王切開 ・吸引分娩 ・鉗子分娩 ・逆子 ・仮死 ・その他特記事項 ()					
	在胎週数	39週	首の座り	4か月	人見知り	0歳 8か月	
	出生時体重	3, 234g	寝 返 り	6か月	後 追 い	0歳 10か月	
	栄 養	母乳・混合・人工	お 座 り	6か月	歩き始め	1歳 2か月	
	離乳開始	6 か月	はいはい	8か月	単語出始め	1歳 10か月	
健診等	3・4か月児健診	未受診 受診 (指導なし 指導あり) → 内容 (股関節脱臼疑で受診→異常なし)					
	1歳6か月児健診	未受診 受診 (指導なし 言葉おくれ・教室参加 〈あり・なし〉) ・その他指導内容 (言葉出ず・人見知り強く2歳児健診で様子みる)					
	2歳児 歯科健診	未受診 受診 (指導なし 言葉おくれ・教室参加 〈あり 〉なし) ・その他指導内容 (単語1個・人に慣れる為、ちびっこコアラ教室へ)					
	2歳6か月児 歯科健診	未受診 受診 (指導なし 言葉おくれ・教室参加 〈あり・なし〉) ・その他指導内容 (集団活動に慣れる目的で、コアラの会にR5.1～参加する)					
	3歳児健診	未受診 受診 (指導なし 言葉おくれ・教室参加 〈あり・なし〉) ・その他指導内容 (コアラの会参加中)					
	発達検査受診	無・有 予約中	直近検査日: 令和 〇年 〇月受(〇 歳 〇か月) → (検査機関: 保健センター) ★詳細を裏面下段「個別配慮」欄へ記入してください。				
健康状態	言葉や発達の心配	無 有	詳細内容 記入 有 ★詳細を裏面下段「個別配慮」欄へ記入してください。				
	病 気 ・ 症 状					対応の仕方 (投薬等)	
	かかりやすい病気	無 有	発熱 気管支炎 下痢 便秘 嘔吐 扁桃腺炎 中耳炎 骨折 脱臼 (部位: 肩) その他 ()			腕を引っ張ると外れやすい。 〇〇整形外科へ。	
	アレルギー性疾患	無 有	ぜんそく アレルギー性鼻炎 結膜炎 トピー性皮膚炎 じんましん その他 () 医師の指導 (無 有) 治療開始時期 (R〇年 〇月) アレルギー: ちり ダニ 花粉 動物の毛 牛乳 卵 大豆 その他 () 除去食 (無 ・ 有) 除去食品名 (卵)			湿疹がひどい時は〇〇小児科へ受診している。 RO.〇月にアナフィラキシーショックを起こし救急搬送されたことがある。現在は、卵の大量摂取のみ控えている。	
	その他の疾患	無・有	熱性けいれん (直近: R〇年 〇月に体温38.5度で発作) 心臓疾患 ヘルニア てんかん (直近 年 月で服薬 〈無・有〉) その他 ()			主治医〇〇医院 体温38度以上で座薬を挿入。常時座薬を保有している	
	視覚の異常	無 有	遠視・近視・弱視・斜視・その他 ()				
	聴覚の異常	無 有	聞こえが悪い 難聴 その他 ()				
	使用できない薬品	無 有	薬品名:				
	平 熱	37.0℃					

※裏面も記入してください。

<裏面>

生活習慣	起床時間(7 : 30)就寝時間(21 :00)昼寝時間(13 : 30 ~14 :30)排便(1 回/1 ~2 日)
	朝食時間(8 :00)昼食時間(12 :30)夕食時間(18 :30)おやつ時間(10 :00)(15 :00)
	極度の偏食がある場合、好んで食べるもの(白いご飯・うどん・唐揚げ)
	集団生活で配慮して欲しい癖がある場合は記入ください。 ・白いご飯を好んで食べる。給食の食べられる物が少ないと思うので、相談したい。 ・常にタオルを持っている。園生活に慣れたら、徐々に離していきたいので、対応を相談したい。

既往歴	麻疹	風しん	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	水痘	百日咳	その他伝染病
	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月

伝染病に罹っていない箇所は、空欄にしてください。

定期予防接種	ロタ	四種混合 (DPT-IPV)	肺炎球菌	H i b
	年 月	1期初回 年 月		年 月
	年 月	年 月		年 月
	年 月	追加 年 月		年 月
	BCG	B型肝炎	水痘	炎
	年 月	年 月	年 月	年 月
	年 月	年 月	2期 年 月	2期 年 月
	年 月	追加 年 月		追加 年 月

母子健康手帳の予防接種歴を確認して記入してください。
未接種の箇所は空白にしてください。毎年度、追加記入していただきます。

任意予防接種	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	その他 接種済みワクチン
	年 月	ワクチン名 : 年 月
	年 月	ワクチン名 : 年 月
	年 月	ワクチン名 : 年 月

表面または、別紙「入園までの生活状況(幼児用)」で、園生活で個別に配慮が必要な内容がある場合に記入してください。

※1 個別に配慮して欲しいこと、心配なことがある場合には詳細を記入してください。

無 ☐ 有 ☒

【記入例】

- ・卵アレルギーで、ショック症状を起こしたことがある。給食の除去食など細かい相談をしたい。
- ・熱性けいれんを38度で起こすことがあるので、対応について事前に相談したい。
- ・言葉がゆっくりで、自分の思いを言葉で表現することが苦手なため、叩いてしまうことがある。
- ・R〇年〇月に保健センターの発達検査IQ75で平均よりもゆっくりと判定を受けた。すすく健診で対応方法について相談している。個別に対応しないと一斉の指示のみでは集団生活に困ることもある。園、療育どちらが发育環境に良いか悩んでいるので相談したい。
- ・健診や集団活動で衝動的に動いたり、自分の思うところに行ってしまうことがあるので、危険がないか心配している。
- ・偏食がひどく、ご飯、うどん以外は食べようとしないので、給食献立について相談したい。