心身状況書

【お子さんの健康状態について】

【児童名　　　　　　　　　　　　　】

保育所で、大切なお子さんを集団保育の中でお預かりするにあたり、事故等を未然に防ぐ為、お子さんの発達や健康状態を下記にご記入ください。

なお、アレルギーや疾患等によりお子さんに保育士が常に付き添っていなければならない、保育所の備品などを使用できない、他のお子さんとの接触を避けなければならないなど、特別な配慮を必要とする場合、保育所では対応できないこともありますのでご相談ください。

＊該当する項目を○で囲むか、必要事項をご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ①  食事 | １　はし又はスプーンを使用して食べることができる。  　２　大人の助けがあれば食べられる。  　３　食べさせてもらう。 | |
| ②  排泄 | １　大小便とも自分でできる。  　２　大人の助けがあればできる。  　３　自分ではできないが知らせる。  　４　オムツを使用している。 | |
| ③  着脱衣 | １　自分で着脱し、ボタンかけもできる。  　２　簡単なものは自分でできる。（ 着る・脱ぐ・着脱 ）  　３　大人にしてもらう。 | |
| ④  ことば | １　普通に話ができる。  　２　どうにか話すことができる。〔単語等で〕  　３　ことばにならない。 | |
| ⑤  遊び | １　近所の子ども（誰とでも）と遊べる。  　２　近所の子どもと遊ぶが一人になりやすい。  　３　遊びたいが仲間には入れない。  　４　親又は兄弟としか遊ばない。  　５　いつも一人で遊んでいる。（・近所に子どもがいない　・一人遊びが好き） | |
| ⑥  予防接種歴 | Ｂ型肝炎 | １回目　未実施 ・ 実施(平成・令和　年　　月　　日) |
| ２回目　未実施 ・ 実施(平成・令和　年　　月　　日) |
| ３回目　未実施 ・ 実施(平成・令和　年　　月　　日) |
| ヒブ | １回目　未実施 ・ 実施(平成・令和　年　　月　　日) |
| ２回目　未実施 ・ 実施(平成・令和　年　　月　　日) |
| ３回目　未実施 ・ 実施(平成・令和　年　　月　　日) |
| 追　加　未実施 ・ 実施(平成・令和　年　　月　　日) |
| 小児肺炎球菌 | １回目　未実施 ・ 実施(平成・令和　年　　月　　日) |
| ２回目　未実施 ・ 実施(平成・令和　年　　月　　日) |
| ３回目　未実施 ・ 実施(平成・令和　年　　月　　日) |
| 追　加　未実施 ・ 実施(平成・令和　年　　月　　日) |
| 四　種　混　合  （百日咳、破傷風、  ジフテリア、ポリオ） | １回目　未実施 ・ 実施(平成・令和　年　　月　　日) |
| ２回目　未実施 ・ 実施(平成・令和　年　　月　　日) |
| ３回目　未実施 ・ 実施(平成・令和　年　　月　　日) |
| 追　加　未実施 ・ 実施(平成・令和　年　　月　　日) |
| ＢＣＧ | 未実施 ・ 実施(平成・令和　年　　月　　日) |
| 麻しん(はしか) | 未実施 ・ 実施(平成・令和　年　　月　　日) |
| 風しん(３日はしか) | 未実施 ・ 実施(平成・令和　年　　月　　日) |
| 麻しん・風しん混合 | １　期　未実施 ・ 実施(平成・令和　年　　月　　日) |
| 水痘 | １回目　未実施 ・ 実施(平成・令和　年　　月　　日) |
| ２回目　未実施 ・ 実施(平成・令和　年　　月　　日) |
| 日本脳炎 | １回目　未実施 ・ 実施(平成・令和　年　　月　　日) |
| ２回目　未実施 ・ 実施(平成・令和　年　　月　　日) |
| ３回目　未実施 ・ 実施(平成・令和　年　　月　　日) |
| そ　の　他  （ワクチン名と実施日を  記入してください。） | （　　　　　　　　）（平成・令和　　年　　月　　日）  （　　　　　　　　）（平成・令和　　年　　月　　日）  （　　　　　　　　）（平成・令和　　年　　月　　日）  （　　　　　　　　）（平成・令和　　年　　月　　日）  （　　　　　　　　）（平成・令和　　年　　月　　日）  （　　　　　　　　）（平成・令和　　年　　月　　日）  （　　　　　　　　）（平成・令和　　年　　月　　日）  （　　　　　　　　）（平成・令和　　年　　月　　日）  （　　　　　　　　）（平成・令和　　年　　月　　日）  （　　　　　　　　）（平成・令和　　年　　月　　日）  （　　　　　　　　）（平成・令和　　年　　月　　日）  （　　　　　　　　）（平成・令和　　年　　月　　日） |
| ⑦  健康状態 | ◆ 身体障害者手帳または療育手帳をお持ちですか？  ※障害児保育は、集団生活が可能であると認められる場合に限ります。  　　 無　・　有　（　　　　　　　　　　手帳　　　　　　　　　　級）  ◆ 保健センター、医療機関等で乳幼児健診を受けられていますか？  　　 受けている　・　受けていない  ■ 受けた健診全てに○を付けてください。  　　【 乳児健診・１才６ヶ月健診・２歳児歯科検診・３歳児健診 】  ◆ アトピー・アレルギー等がありますか？  ※場合により医師の診断書等を提出いただきます。  　　 無　・　有  　 ■ 有の場合、下のア～ウで該当するもの全てに○を付け、具体的にご記入願います  　　　 ア．食べ物によるもの  　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　 イ．皮膚への接触によるもの  　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　 ウ．その他  　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ◆ その他、医師から注意されている事、行動やくせなど、気になる点等がありましたら下記へご記入ください。 | |