

# 申込児童の健康状況等調書

【記入例】

〇〇年××月△△日

児童氏名 <small>いんざい いちろう</small> 印西 一郎	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男・女	学年 1年生	生年月日 〇〇年××月△△日 (6歳)
保護者名 印西 太郎	続柄 父	学童クラブ名 印西市立〇〇学童クラブ	
所属(予定)小学校 印西市立〇〇小学校	就学前の状況 幼稚園 いんざい <input checked="" type="checkbox"/> 保育園 認定こども園		就学前の加配 (特別な支援) あり・ <input checked="" type="checkbox"/> なし
所属(予定)学級 <input checked="" type="checkbox"/> 普通学級・特別支援学級・特別支援学校			

平熱 36.2℃	血液型 A型	既往歴 喘息
-------------	-----------	-----------

利用希望	利用曜日	<input checked="" type="checkbox"/> 月・ <input checked="" type="checkbox"/> 火・ <input checked="" type="checkbox"/> 水・ <input checked="" type="checkbox"/> 木・ <input checked="" type="checkbox"/> 金・ <input checked="" type="checkbox"/> 土 (週4日利用希望)	<input checked="" type="checkbox"/> 不定期・隔週
	平日の利用時間	放課後 ~ 18時30分	
	土曜日の利用時間(利用者のみ)	9時00分 ~ 15時30分	毎週・隔週・ <input checked="" type="checkbox"/> 不定期
	長期休業日等(土曜日を除く)	9時00分 ~ 18時30分	

1. 現在の状況：該当するものを○で囲んでください。また、ありの場合は( )に詳細をご記入ください。

## a. 生活面

- ・食事摂取 (一人で行える・援助があればできる・よく汚す・できない)
- ・排泄 (自発的にできる・自発的にできるが援助が必要・失敗することがある)
- ・オムツ (必要ない・夜のみ使用・パット使用・オムツ使用)
- ・衣服の着脱 (一人で行える・援助があればできる・時間がかかる・できない)
- ・ハサミ等の危険物の認識 (できる・物による・できない)

## b. 感覚面

- ・騒がしい環境 (問題ない・不慣れ・苦手)
- ・全体指示 (問題ない・個別に必要・見本が必要・理解が難しい)
- ・こだわり あり (一つのことに集中してしまうことがある。 )・なし
- ・注意の持続 (問題ない・気が散りやすい・注意散漫)
- ・多動 (問題ない・じっとしているのが苦手・よく動く)
- ・きりかえ (問題ない・時間がかかる・難しい)

## c. 情緒面

- ・人見知りや緊張 (問題ない・しやすい)
- ・チック等神経性習癖 あり ( )・なし
- ・感情の起伏 (問題ない・激しい・落ち込みやすい・カッと成りやすい)
- ・行事や急な予定変更等、環境変化の対応 (問題ない・時と場合による・難しい)
- ・かんしゃく (起こさない・起こしやすい)

d. 言語・運動面

- ・吃音や遅れ等、言葉に関して気になる あり ( )・なし
- ・決まった言葉やフレーズにこだわりがある あり ( )・なし
- ・言葉のキャッチボール (問題ない)・一方的になりがち・相手による・成り立たない)
- ・遊びや運動での制限 あり ( マラソン )・なし
- ・手先の作業 (問題ない)・苦手な作業がある)
- ・自分の気持ちを伝える 大人に対して (問題ない)・苦手・難しい)  
友達に対して (問題ない)・苦手・難しい)

e. アレルギー

- ・食物アレルギー あり ( 卵 )・なし
- ・エピペンの処方 (一人でできる・援助があればできる・できない・必要ない)
- ・緊急時服用薬 (あり)・なし)
- ・アナフィラキシーを起こしたこと (あり)・なし)

ありの場合 状況を詳しくご記入ください

【 外食をしている際に誤食をし、アナフィラキシーを起こした。エピペンを所持していたので、大事には至らなかった。】

2. 疾病、障がい等の状況 ※手帳がある方はコピーを添付してください。

診断名 ( )

- a. 療育手帳 (あり・なし) 手帳番号 ( ) 号  
障がいの程度 ( の ) 交付年月日 ( 年 月 日)
- b. 身体障がい者手帳 (あり・なし) 手帳番号 ( ) 号  
障がいの程度 ( の ) 交付年月日 ( 年 月 日)

3. 受診・通所状況 ※【検査結果やコスモスファイル】がある方はコピーを添付してください。

- a. 医療機関 ( )  
受診頻度 ( )
- b. こども発達センター (あり・なし) ( ) 歳から ( ) 歳まで通所  
通所理由 (言語訓練・集団訓練・個別訓練) 担当 ( ) 先生

・保育園等や家庭で気を付けていたこと、またはスタッフが気を付けた方がよいことがあればご記入ください。

感覚面、情緒面で気になる点があるので、なるべく注視してもらいたい。興奮している時は、一人にさせ、落ち着かせてください。

・その他お知らせしたいことがあればご記入ください。

より良い保育を受けるため、関係機関（学校、子育て支援課、学務課、指導課、発達センター等）と連携を図り情報共有をすることに同意いたします。

保護者名 ( 印西 太郎 )

【個人情報の取扱いには十分配慮いたします。】