

## お子さまの様子について

お子さまの保育上、注意しなければならないことについて、事前にお尋ねするものです。  
 お子さまの母子健康手帳等を参考に、該当する項目に☑もしくは、必要事項を記入してください。

お子さまのお名前

生年月日

年 月 日

性別

- ① 大きな病気にかかったことはありませんか。  
( 有 ・ 無 ) ※有の場合 ( 完治 ・ 治療中 ・ 経過観察中 )

いつ頃： 病名：

- ② 健診で特に指導されたことはありませんか。  
( 有 ・ 無 )

いつ頃： 指導事項等：

- ③ 健康上、医師の診断により食べてはいけないものはありませんか。  
( 有 ・ 無 ) 食品名:

- ④ 食べ物以外のアレルギーはありませんか。  
( 有 ・ 無 ) 物質名:

①で有と回答された方は、下記の該当する項目に☑または記入をお願いします。

- |  |      |   |    |      |         |
|--|------|---|----|------|---------|
| <input type="checkbox"/> 手術をしたことがある        | 【いつ】 | 歳 | ヵ月 | の頃   | 医療機関名:  |
| <input type="checkbox"/> 入院をしたことがある        | 【いつ】 | 歳 | ヵ月 | の頃   | 医療機関名:  |
| <input type="checkbox"/> 定期的に医療機関を受診している   |      | 年 | 回  | ヵ月ごと | 医療機関名:  |
| <input type="checkbox"/> ひきつけ・痙攣を起こしたことがある | 【いつ】 | 歳 | ヵ月 | の頃   | 【回数・頻度】 |
| <input type="checkbox"/> 発作がある             | 【いつ】 | 歳 | ヵ月 | の頃   | 【回数・頻度】 |

【どのような】

服薬・投薬等	<input type="checkbox"/> ある 朝 ・ 昼 ・ タ （該当するものに○） <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> その他のケアが必要	薬剤名：_____ 具体的に：_____
食事	<input type="checkbox"/> 制限がある <input type="checkbox"/> 制限はない	制限内容
あそび・運動について	禁止事項に団をいれてください。 <input type="checkbox"/> 軽い運動 （例えば、体操・ジャングルジム・滑り台・砂遊びなど） 【具体的なあそび・運動】 _____ <input type="checkbox"/> 中等度の運動 （例えば、ブランコ・散歩・ボールを投げる・マット運動など） 【具体的なあそび・運動】 _____ <input type="checkbox"/> 強い運動 （例えば、リレー・ランニング・鬼ごっこ・縄跳び・ボール遊びなど） 【具体的なあそび・運動】 _____	
※その他、生活で配慮が必要なこと（例えば、運動に制限があるため、運動会には参加できない等）		

②で有と回答された方は、下記の該当する項目に☑または記入をお願いします。

お子さまの様子	食事	<input type="checkbox"/> 一人で食べる	<input type="checkbox"/> 時々、手伝う	<input type="checkbox"/> 全部食べさせている
		<input type="checkbox"/> 箸を使う	<input type="checkbox"/> スプーン・フォークを使う	<input type="checkbox"/> 手づかみで食べる
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレでする	<input type="checkbox"/> 手助けをすればトイレでする	<input type="checkbox"/> おむつをしている
	着脱	<input type="checkbox"/> ひとりでする	<input type="checkbox"/> 手助けをすれば着脱する	<input type="checkbox"/> 全部手伝っている
	言葉	<input type="checkbox"/> 指さしをする	<input type="checkbox"/> 「まんま」等、一語を話す	<input type="checkbox"/> 「まんま、ちょうだい」等、二語文以上話す
※その他、生活で気になること（例えば、買い物へ行くと、大人が近くにいらなくても自分の興味のある所へ行く、泣き出すと止まらない等）				
専門機関等について	療育等について			
	<input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 療育や専門機関をすすめられたことがある <input type="checkbox"/> 今後行く予定      【いつから】 _____ <input type="checkbox"/> 言語療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 理学療法			
	機関名： _____			
	いつ頃から： _____			
	診断名（所見名）： _____			

③、④で有と回答された方は、下記の該当する項目に☑または記入をお願いします。

アレルギーについて	アナフィラキシーショックの発症歴		※血圧低下や呼吸困難など複数の重いアレルギー症状が発症すること
	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	原因物質： _____
	コンタミネーションへの配慮の必要性		※原材料としては含まれないが、同じ空間で別調理、生産された食品にアレルギー物質が含まれている場合でも除去が必要である。 <u>この場合は給食提供ができないことがあります。</u>
	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	
	処方薬		
	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	【薬名： <input type="checkbox"/> エピペン <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）】
※その他、配慮が必要なこと（例えば、牛乳・乳製品については、手など、肌の接触を避ける必要がある等）			

①～③のいずれかに記入した方は下記の項目にも☑をお願いします。

保育所等での生活において、加配保育士の配置を希望しますか。

☐ 希望する ☐ 希望しない

※加配保育士の配置については、入所される園での判断となります。お子様の健康状態や発達の状況等によっては、希望していても加配保育士が配置されないことがあります。

また、加配保育士の不足等により、入所できないこともありますので、あらかじめご了承ください。

☆ お子さまが入所(園)後、安心して生活を送ることができるよう事前見学をおすすめします ☆