入所申込受付時　健康状態等チェック票

※事前に記入の上、申込時にお持ちください。

※□がある項目は該当するものに☑してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学校名 | | 児童氏名 | | | | | 生年月日 | | |
| 小学校 | |  | | | | | 年　　　月　　　日 | | |
| 1．過去に治療していたが  現在治癒している病気  （入院・手術等重篤な  病気・けが等） | 疾患名 |  | | 何歳頃  罹患 | | 歳 | 症状 | |  |
| 疾患名 |  | | 何歳頃  罹患 | | 歳 | 症状 | |  |
| 2．現在治療中の病気 | 病名 |  | | 何歳頃  から | | 歳 | 症状 | |  |
| 治療  状況 |  | | | | | | | |
| 3．かかりつけの病院 | 病院名 | | 電話番号 | | | | | 住所（市外の場合は記入ください） | |
|  | |  | | | | |  | |
| 4．かかりやすい  病気等はありますか。 | □ない・□ある→→→□熱をだしやすい　　　□ゼーゼーしやすい　　□扁桃腺炎になりやすい  □下痢をしやすい　□風邪をひきやすい　　□皮膚炎になりやすい　□中耳炎になりやすい  □脱臼しやすい→（部位　　　　　　　）　 □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 5．現在までの保育状況等 | ・就学前までは(　　　　　　　　)に在園　/　家庭保育  ・療育相談機関等を　□利用していない　・　□利用していた→(機関名等　　　　　　　　　　) | | | | | | | | |
| 6．学級について | □通常学級 　□通級指導教室(　ことば　/　まなび　) 　□特別支援学級(　知的　/　情緒　) | | | | | | | | |
| 7．発達障害(自閉症、ADHD等)医師の診断は出ていますか。 | □ない・□ある→→→診断名(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　)  **※診断書をお持ちの方は、コピーを添付してください。** | | | | | | | | |
| 8．身体障害者手帳、療育手帳、  サポートブックや特別児童扶養手当証書をお持ちですか。 | □ない・□ある→→→ □身体障害者手帳(　　)級　　□療育手帳(　　)級  □サポートブック　　　　　　□特別児童扶養手当証書  **※手帳や証書等をお持ちの方は、コピーを添付してください。** | | | | | | | | |
| 9．食物アレルギー症状は  ありますか。 | □ない→→→ **裏面の14の質問にご回答ください。**  □ある→→→ 10～14の質問にご回答ください。 | | | | | | | | |
| 10．食物アレルギーで除去  している食品はあり  ますか。 | □ない　・　□ある→→→□鶏卵（うずら卵）　□牛乳・乳製品　　□小麦　　□大豆  □ピーナッツ　 □エビ　　　　　 □カニ　　□そば  □その他（ 　　　　　　　 ） | | | | | | | | |
| 11-1．食物アレルギーで、初めて医療機関を受診したのはいつ頃ですか。 | | | | | 年　　　　　　月 頃 | | | | |
| 11-2．最近受診したのはいつですか。 | | | | | 年　　　　　　月 頃 | | | | |
| 12．誤食した場合、重篤な  症状を示す可能性はあ  りますか。  過去の経験、今までの  医師からの指示により  お答えください。 | □ない ・ □ある →→「ある」場合は、次の症状のうち当てはまるものにチェックをしてください。 | | | | | | | | |
| □　呼吸困難、頻脈（ひんみゃく：脈拍数が異常に多い状態のこと）、ぐったり、意識障害、血圧低下、チアノーゼ、血の気が引き顔色が悪くなる。  □　のどがつまった感じ、胸が苦しい、めまい、嘔吐、全身のじんましん、ゼーゼーして苦しくなる。  □　口の中の違和感、唇のしびれ、手足のしびれ、気分が悪い、吐き気、腹痛、じんましん  □　その他（ ） | | | | | | | | |
| 裏面もご記入ください | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 13．12で「ある」場合、  対応として行って  いるものは何か、  該当項目にㇾを記載  してください。 | □　抗ヒスタミン薬・ステロイド薬（内服薬）  □　アドレナリン自己注射薬（エピペン）  □　その他   |  | | --- | |  | |  | |  | | | | | | | | | |
| 14．集団生活をする中で、  心配なことや伝えて  おきたいことがあり  ましたら御記入ください。  (該当項目にㇾを記載して  ください。) | □ 特になし  □ 友達と上手に関わることが難しい　　　 □ 集団での活動が苦手  □ お友達に手を出してしまうことがある　　 □ ことばで説明するのが苦手  □ 整理整頓が苦手で忘れ物やなくし物が多い  □ その他   |  | | --- | |  | |  | |  | | | | | | | | | |

私は、この健康状態等チェック票に記載した事実に相違ないことを誓います。

また、記載された内容について子育て未来課が、教育委員会等から情報提供および診断書等の写しの提供を受けることについて同意します。

令和　　　年　　　月　　　日　　　　　氏名

※記名押印に代えて署名可