

②児童健康調査票

令和7年度日光市こども誰でも通園制度（乳児等通園支援事業）児童健康調査票

この調査票は、令和7年度日光市こども誰でも通園制度（乳児等通園支援事業）利用にあたり、お子様をお預かりする際に注意しなければならないことについて、事前に確認させていただくものです。

<記入日：令和\_\_年\_\_月\_\_日> <記入者名：\_\_\_\_>

利用 児童名	ふりがな 氏名	生年月日 年月日（歳）	性別 男・女
緊急連絡先①	ふりがな 氏名	(続柄： ) 電話番号	
緊急連絡先②	ふりがな 氏名	(続柄： ) 電話番号	
食事	種類	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 離乳食 <input type="checkbox"/> ミルク（__時間おき）__ml	
	食事の方法	<input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 補助があれば自分で食べられる（ <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> はし） <input type="checkbox"/> 自分で食べられる（ <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> はし）	
	食事形態	<input type="checkbox"/> 滑らかにすりつぶした状態 <input type="checkbox"/> 舌でつぶせる固さ <input type="checkbox"/> 歯ぐきでつぶせる固さ <input type="checkbox"/> 歯ぐきで噛める固さ	
アトピー、アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎 <input type="checkbox"/> その他「_____」）		
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他「_____」）		
預かり時に配慮を希望する 内容（障がい、医師診断書 事由、ぜんそく、けいれ ん、心身の特性など）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（内容：_____）		
おむつ	<input type="checkbox"/> おむつを使用している <input type="checkbox"/> おむつを使用していない		
排泄（トイレ）	<input type="checkbox"/> 自分で排泄することが難しい <input type="checkbox"/> 補助があれば自分で排泄できる <input type="checkbox"/> 見守りがあれば自分で排泄できる		
運動	<input type="checkbox"/> 自分で歩ける <input type="checkbox"/> つかまり立ち <input type="checkbox"/> おすわりできる <input type="checkbox"/> 寝返りができる		
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 補助があれば自分で衣服の着脱ができる <input type="checkbox"/> 大人が衣服の着脱を行っている		
睡眠	就寝時間…__時__分頃 / 起床時間…__時__分頃		
昼寝	<input type="checkbox"/> している（午前）__時__分頃～__時__分頃		
	<input type="checkbox"/> している（午後）__時__分頃～__時__分頃		
	<input type="checkbox"/> していない		
<b>【乳幼児健康診査の受診状況について】</b> <input type="checkbox"/> 受診したことがある（ <input type="checkbox"/> 4か月 <input type="checkbox"/> 7か月 <input type="checkbox"/> 12か月 <input type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 2歳） <input type="checkbox"/> 受診したことがない			
<b>【乳幼児健康診査の際の指導（確認）状況について】</b> <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> なんらかの指導（確認）があった（内容：_____）			
<b>【発達や病気のことでの市の機関や医療機関等に相談したことがありますか】</b> <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 相談したことがある（相談先機関名：_____） （相談内容：_____）			