

医師記入枠

健 康 診 断 書(児童用)				＜保育所(園)入所申込用＞
住 所：				
氏 名： (男・女)/生年月日： 年 月 日(満 才)				
内科疾患		皮膚疾患		
眼疾患		その他		
判 定	集団生活・保育に 1 適す 2 適さない 集団生活・保育において 1 支援は必要ない 2 支援が必要である 集団保育に適さない理由等、詳しくご記入下さい。 集団保育にあたり、配慮すべき点等、詳しくご記入下さい。			
上 記 の と お り 診 断 す る 。 診断年月日 年 月 日				
医療機関名				
医師の氏名				印

以下を記入の上、健康診断を受診してください。

◎児童について記入してください。(保護者記入枠)

1. 発育状況は良好ですか (はい・いいえ)	「いいえ」と回答した場合、どのようなことが気になりますか
2. 定期的な通院はありますか (はい・いいえ)	「はい」の場合 [診断名:] [通院の頻度:] 例:月1回 など
3. 継続的に薬の服用をしていますか (はい・いいえ)	「はい」の場合 [薬の名前:] [服用の頻度:] 例:朝1回 など
4. 関係機関(児童デイなど)等へ通所していますか (はい・いいえ)	「はい」の場合 [施設名:] [通所の頻度:] 例:週1回 など 通所の理由: 例 ・ 多動・衝動性があり、行動のコントロールや集団生活への適応を促すため ・ 発語の遅れがあり、言葉・コミュニケーション能力の発達を促すため
5. 本市より案内している予防接種をお子様の年齢に応じ適切にうけていますか (はい・いいえ) (転入予定者の場合は、該当市町村より案内している予防接種)	
6. アレルギーと診断されていますか (はい・いいえ) *「はい」と回答した児童で、食物アレルギーと診断された場合には、別途書類の提出が必要です	
食物アレルギーと診断されている児童について 除去食が必要と診断されていますか (はい(下記も回答お願いします)・いいえ) 除去食を希望しますか (はい(食品名:)・いいえ)	

◎ 予防接種について(保護者の方は以下を必ずお読みください。)

認可保育施設では、長時間の集団保育を提供しています。その集団保育を実施する中で、感染症予防対策を各園で講じ保育をおこなっていますが、各家庭における対策も大変重要と考えています。そのため、本市からの案内する予防接種を適切に受けていただくよう、保護者の皆様にご協力をお願いします。

【参考:保育所等における感染症対策ガイドラインより抜粋(厚生労働省)】

予防接種は、ワクチン接種により、あらかじめその病気に対する免疫を獲得させ、感染症が発生した場合に罹患する可能性を減らしたり重症化しにくくしたりするものであり、病気を防ぐ強力な予防方法の一つです。
 定期的な予防接種として摂取可能な予防接種については、できるだけ保育所入所前の標準的な接種期間内に接種することが重要です。

問い合わせ先 : 宮古島市役所 こども未来課 保育こども園係 (代表)0980-72-3751