

【健康調査票】

記入日： 年 月 日 記入者()

お子さんの健康について、母子手帳を参考に該当する項目にチェックを付けるか必要事項を記入してください。

氏名	(フリガナ)	生年 月日	年 月 日 歳 ヶ月																						
入所前の養育者	<input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> その他()																								
妊娠中の状況	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり()																								
出産時の状況	妊娠 週 日 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> その他()																								
出生時の状況	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> 保育器使用 <input type="checkbox"/> 酸素使用 <input type="checkbox"/> その他() 体重 g 身長 cm 胸囲 cm																								
生後～1歳の頃	首のすわり ヶ月 寝返り ヶ月 お坐り ヶ月 ハイハイ ヶ月 つかまり立ち ヶ月 伝い歩き ヶ月 歩き始め ヶ月 <input type="checkbox"/> あやすと笑う <input type="checkbox"/> 音のするほうを見る <input type="checkbox"/> 話しかけるような声を出す <input type="checkbox"/> 人見知りをする <input type="checkbox"/> おいで・ちょうだい等が分かる																								
1歳半～2歳の頃	<input type="checkbox"/> 転ばずに1人で上手に歩く <input type="checkbox"/> 名前を呼ぶと振り向く <input type="checkbox"/> 簡単な言いつけが分かる <input type="checkbox"/> 周囲の人や物に関心を示す <input type="checkbox"/> 絵本を見て知っている物を指で指す <input type="checkbox"/> 「マンマ」等の単語を3語以上話す <input type="checkbox"/> なぐり書きをする																								
市の健診の状況	<input type="checkbox"/> 4ヶ月健診 <input type="checkbox"/> 10ヶ月健診 <input type="checkbox"/> 1歳半健診 <input type="checkbox"/> 他() 結果(異常あり・異常なし)																								
指導されたこと	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 歳 ヶ月時()について																								
病気・発達等で相談している機関	<input type="checkbox"/> 保健センター <input type="checkbox"/> 療育相談 <input type="checkbox"/> 言葉の教室 <input type="checkbox"/> 教育センター <input type="checkbox"/> 病院() <input type="checkbox"/> その他()																								
今までかかった病気	<input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 目の病気 <input type="checkbox"/> 耳の病気 <input type="checkbox"/> ケガ() <input type="checkbox"/> その他()																								
治療中の病気	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> ひきつけ(熱性・その他) <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> その他()																								
予防接種	<table border="1"> <tr> <td>・Hibヒブ</td> <td>(年 / . / . /) (年 /)</td> </tr> <tr> <td>・肺炎球菌</td> <td>(年 / . / . /) (年 /)</td> </tr> <tr> <td>・BCG</td> <td>(年 /)</td> </tr> <tr> <td>・三・四種混合</td> <td>(年 / . / . /) (年 /)</td> </tr> <tr> <td>・ポリオ</td> <td>(年 / . / . /) (年 /)</td> </tr> <tr> <td>・MR[麻疹・風疹]</td> <td>(年 /) (年 /)</td> </tr> <tr> <td>・日本脳炎</td> <td>(年 / . /) (年 /)</td> </tr> <tr> <td>・おたふくかぜ</td> <td>(年 /)</td> </tr> <tr> <td>・水ぼうそう</td> <td>(年 /) (年 /)</td> </tr> <tr> <td>・ロタウイルス</td> <td>(年 / . /) (年 /)</td> </tr> <tr> <td>・B型肝炎</td> <td>(年 / . /) (年 /)</td> </tr> </table>			・Hibヒブ	(年 / . / . /) (年 /)	・肺炎球菌	(年 / . / . /) (年 /)	・BCG	(年 /)	・三・四種混合	(年 / . / . /) (年 /)	・ポリオ	(年 / . / . /) (年 /)	・MR[麻疹・風疹]	(年 /) (年 /)	・日本脳炎	(年 / . /) (年 /)	・おたふくかぜ	(年 /)	・水ぼうそう	(年 /) (年 /)	・ロタウイルス	(年 / . /) (年 /)	・B型肝炎	(年 / . /) (年 /)
・Hibヒブ	(年 / . / . /) (年 /)																								
・肺炎球菌	(年 / . / . /) (年 /)																								
・BCG	(年 /)																								
・三・四種混合	(年 / . / . /) (年 /)																								
・ポリオ	(年 / . / . /) (年 /)																								
・MR[麻疹・風疹]	(年 /) (年 /)																								
・日本脳炎	(年 / . /) (年 /)																								
・おたふくかぜ	(年 /)																								
・水ぼうそう	(年 /) (年 /)																								
・ロタウイルス	(年 / . /) (年 /)																								
・B型肝炎	(年 / . /) (年 /)																								

裏面へ続きます。

お子さんの様子について該当する項目にチェックを付けるか必要事項を記入してください。

食 物 ア レ ル ギ ー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> まだ分からない <input type="checkbox"/> 鶏卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> その他() どんなアレルギーですか
そ の 他 の ア レ ル ギ ー	
食 事 に つ い て	<input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 大人の助けがあれば食べられる <input type="checkbox"/> 箸またはスプーンを使用して食べている 好きな食べ物() 嫌いな食べ物()
睡 眠 に つ い て	<input type="checkbox"/> 寝つきがよい <input type="checkbox"/> 寝つきがわるい 睡眠時間 時 ~ 時 (時間) 午睡時間 午前 時 ~ 時 午後 時 ~ 時 寝るときの癖 ()
排 泄 に つ い て	<input type="checkbox"/> オムツを使用している <input type="checkbox"/> 寝るときだけオムツをする <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> 自分では出来ないが知らせる <input type="checkbox"/> 大小便とも自分で出来る
遊 び に つ い て	<input type="checkbox"/> 友だちがいる 主な遊び() どんなおもちゃで遊んでいますか()
現 在 の 体 調	<input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> 熱が出やすい <input type="checkbox"/> 吐きやすい <input type="checkbox"/> ゼイゼイしやすい <input type="checkbox"/> 鼻血が出やすい <input type="checkbox"/> 脱臼しやすい() <input type="checkbox"/> 内炎ができやすい <input type="checkbox"/> 扁桃腺がはれやすい <input type="checkbox"/> 湿疹ができやすい <input type="checkbox"/> 化膿しやすい <input type="checkbox"/> 下痢になりやすい <input type="checkbox"/> 便秘になりやすい <input type="checkbox"/> ずっと飲んでいる薬() <input type="checkbox"/> 症状がある時に使用している薬()
からだや発育のことで気になることや施設に伝えておくことがありますら記入してください。	

●改めてお子様の健康状態についてお尋ねしたり、別途書類のご記入をお願いする場合があります。

★児童調査票と合わせて、提出して下さい。