

お子様の健康について（健康調査票）

この調査票は、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。母子健康手帳等を参考に該当する項目にチェックをつけるか必要事項を記入してください。ご協力をお願いします。

記入日：令和 年 月 日 記入者 (児童との続柄：)

(フリガナ) 児童氏名	男・女	生年月日	H・R	年 月 日	第 子
出生時の様子	正常・早産(妊娠 週)	出産時の状況	正常・仮死・その他 ()	出生時の体重	g
発達の状況	首すわり 力月 寝がえり 力月	座り始め 力月 ハイハイ 力月	つかまり立ち 力月 歩き始め 力月	片言始め 力月 (意味のあることば例、まんま)	
今までにかかった病気・大きなケガ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
(「あり」の場合、チェックしてください)	<input type="checkbox"/> 眼の病気 <input type="checkbox"/> 耳の病気 <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"/> 結核 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他()				
上記の病気の現在の治療・通院状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
(「あり」の場合、記入してください)	・病気・大きなケガのあった年齢(歳 力月) ・病名等() ・医療機関名() ・通院のペース(年 回・月 回・週 回・不定期)				
入院したこと	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(歳 力月のとき)(病名)				
今までにかかった感染症	<input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> その他				
けいれん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(今まで 回)(最終おこった日付)発熱(度)				
脱臼	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位)				
市町村で実施する 健診の受診状況	4ヵ月児健診	<input type="checkbox"/> 受けた【指導 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容)】 <input type="checkbox"/> 受けていない			
	10ヵ月児健診	<input type="checkbox"/> 受けた【指導 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容)】 <input type="checkbox"/> 受けていない			
	1歳6ヵ月児健診	<input type="checkbox"/> 受けた【指導 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容)】 <input type="checkbox"/> 受けていない			
	3歳6ヵ月児健診	<input type="checkbox"/> 受けた【指導 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容)】 <input type="checkbox"/> 受けていない			
健康状態等で 心配なこと	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(具体的に:) <input type="checkbox"/> 言葉や発達のことで相談をしたり指導を受けたりしたことがある 【時期: 】【場所: 】【内容: 】について				
アレルギー(該当する ものに○印をつけて ください)	アトピー性皮膚炎 喘息 じんましん くすり 動物 花粉症 その他()				
食物アレルギー (「アレルギーあり」の 場合、チェックしてく ださい)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> まだわからない ※検査: <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない ・アレルギーの原因【 <input type="checkbox"/> 鶏卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦粉 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> その他()】 ・アナフィラキシーショックの既往: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
予防接種 (受けた回数に○ 印を付けてくださ い)	BCG (1)	ヒブ肺炎球菌 (1・2・3・4)	MR(麻疹・風疹)	(1・2)	
	日本脳炎 (1・2・3)	水ぼうそう (1・2)	おたふくかぜ (1・2)		
	B型肝炎 (1・2・3)	四種 混合 (1・2・3・追加)			
	その他 ()				

☆ 保育幼稚園課 記入欄 ()歳児クラス 園名()