

第2号様式 (第6条第1号)

児童の健康状態調査票

★お子様の成育状況についてお尋ねしますので、該当するところに記入してください。

ふりがな		性別	生年月日	年	月	日生
名前		男	年齢	歳	カ月	
		女	電話	()		
出生歴	妊娠中の母の疾病.....異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (病名)					
	妊娠期間.....()週					
	分娩の状況.....異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (病名)					
	出生時体重.....() g					
	出生時の状況異常.....異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒ <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 低体重 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> その他 (病名)					
予防接種	・ポリオ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 ・不活化ポリオ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目					
	・ <input type="checkbox"/> BCG					
	・3種混合 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加					
	・4種混合 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加					
	・MR混合 <input type="checkbox"/> I期 <input type="checkbox"/> II期					
	・ <input type="checkbox"/> 麻疹 ・ <input type="checkbox"/> 風疹					
	・日本脳炎 <input type="checkbox"/> I期初回 1回目 <input type="checkbox"/> I期初回 2回目 <input type="checkbox"/> I期追加					
	・B型肝炎 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目					
	・インフルエンザ菌b型 (H i b) <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加					
	・小児肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加					
	・水痘 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目					
	・おたふくかぜ (任意) <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目					
	・ロタウィルス (任意) <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目					
	・ <input type="checkbox"/> その他 ()					
	今までにかかった病気	麻疹	歳	か月	心臓	歳
風疹		歳	か月	ヘルニア	歳	か月
水痘		歳	か月	肺炎	歳	か月
おたふくかぜ		歳	か月	ひきつけ	歳	か月
百日咳		歳	か月	中耳炎	歳	か月
溶連菌感染症		歳	か月	扁桃腺炎	歳	か月
突発性発疹		歳	か月	脱臼	歳	か月
伝染性紅斑 (りんご病)		歳	か月	喘息	歳	か月
手足口病		歳	か月	アトピー性皮膚炎	歳	か月
乳児嘔吐下痢症		歳	か月	その他	歳	か月
川崎病	歳	か月	(病名)			
☆現在治療中の病気はありますか <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有と答えた方⇒ (病名) 病院名 ()						
健康状態	平熱 ()℃					
	<input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> 熱がでやすい <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい					
	<input type="checkbox"/> 中耳炎になりやすい <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎になりやすい <input type="checkbox"/> 便秘がち					
	<input type="checkbox"/> 脱臼しやす⇒ (部位の確認:) いつ頃: () 回数: ()					
	<input type="checkbox"/> ひきつけをおこしやす⇒ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ はい⇒熱のある時 ()℃ ない時 ()℃ 何分くらい () : 月 回 : 年 回					
	<input type="checkbox"/> 湿疹ができやす⇒ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他 ()					

健診について	<p>今までに健診や健康相談を受けたことがありますか<input type="checkbox"/>ある（<input type="checkbox"/>1歳6月健診<input type="checkbox"/>3歳児健診） <input type="checkbox"/>ない</p> <p>有と答えた方⇒どこで受けましたか <input type="checkbox"/>市町村（ ） <input type="checkbox"/>病院（病院名： ）</p> <p>最後に受けた日： 年 月 日</p> <p>何かアドバイスを受けましたか：</p> <p>☆保育関係機関に情報提供してもよろしいですか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p>
アレルギーについて	<p>食べ物アレルギー <input type="checkbox"/>ある(種類) <input type="checkbox"/>ない</p> <p>薬のアレルギー <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない</p> <p>家族の中にアレルギー体質の方はいますか <input type="checkbox"/>いる（ ） <input type="checkbox"/>いない</p> <p>その他のアレルギー（ ）</p> <p>※アレルギーがある方は、医師の診断を受け検査結果票を提出していただくことがあります。</p>
食事について	<p><input type="checkbox"/>母乳 <input type="checkbox"/>ミルク <input type="checkbox"/>離乳食 <input type="checkbox"/>普通食 <input type="checkbox"/>その他（ ）</p> <p>食べ方 <input type="checkbox"/>食べさせてもらう <input type="checkbox"/>自分で食べようとする <input type="checkbox"/>一人で食べる</p> <p>☆一人で⇒<input type="checkbox"/>スプーン <input type="checkbox"/>はし <input type="checkbox"/>ストロー <input type="checkbox"/>コップ</p>
着替えについて	<p><input type="checkbox"/>まだできない <input type="checkbox"/>手伝ってもらえばできる <input type="checkbox"/>一人でできる</p> <p>(<input type="checkbox"/>帽子 <input type="checkbox"/>シャツ <input type="checkbox"/>パンツ <input type="checkbox"/>靴下 <input type="checkbox"/>靴 <input type="checkbox"/>ボタンかけ)</p>
排泄	<p><input type="checkbox"/>おむつ <input type="checkbox"/>夜だけおむつ <input type="checkbox"/>オマル</p> <p><input type="checkbox"/>トイレでできる（<input type="checkbox"/>排尿 <input type="checkbox"/>排便）（<input type="checkbox"/>手伝ってもらえばできる <input type="checkbox"/>一人でできる）</p>
<p>☆保育園で特に注意してほしいこと、又はお子さんの発育で気になることはありますか。</p>	
【特記事項】	<p>面接日 年 月 日 記入者</p>