

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 ☐ 無 ☐ 有 (病名)						
	妊娠期間・・・・・・()週						
	分娩の状況・・・・・・・・異常 ☐ 無 ☐ 有 (病名)						
	出生時体重・・・・・・・・() g						
	出生時の状況異常・・・・・・・・異常 ☐ 無 ☐ 有⇒ ☐ 仮死 ☐ チアノーゼ ☐ 低体重 ☐ けいれん ☐ その他 (病名)						
予防接種	・ポリオ ☐ 1回目 ☐ 2回目 ・不活化ポリオ ☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目						
	・ ☐ BCG						
	・3種混合 ☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 追 加						
	・4種混合 ☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 追 加						
	・MR混合 ☐ I 期 ☐ II 期						
	・ ☐ 麻 疹 ・ ☐ 風 疹						
	・日本脳炎 ☐ I 期初回 1 回目 ☐ I 期初回 2 回目 ☐ I 期 追加						
	・B型肝炎 ☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目						
	・インフルエンザ菌 b 型 (H i b) ☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 追加						
	・小児肺炎球菌 ☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 追加						
	・水痘 ☐ 1回目 ☐ 2回目						
	・おたふくかぜ (任意) ☐ 1回目 ☐ 2回目						
	・ロタウイルス (任意) ☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目						
	・ ☐ その他 ()						
	今までにかかった病気	麻 疹	歳	か月	心臓	歳	か月
		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 ☐ 有 ☐ 無							
有 と答えた方⇒ (病名 病院名)							
健康状態		平 熱 (°C)					
		☐ 風邪をひきやすい ☐ 熱がでやすい ☐ 下痢をしやすい					
		☐ 中耳炎になりやすい ☐ 扁桃腺炎になりやすい ☐ 便秘がち					
		☐ 脱臼しやすい⇒ (部位の確認 : いつ頃 : 回数 :)					
	☐ ひきつけをおこしやすい⇒ ☐ はい ☐ いいえ はい⇒熱のある時 (°C) ない時 (°C)						
	何分くらい (): 月 回 : 年 回						
	☐ 湿疹ができやすい⇒ ☐ はい ☐ いいえ						
	☐ その他 ()						

健診について	今までに健診や健康相談を受けたことがありますか ☐ ある（ ☐ 1歳6月健診 ☐ 3歳児健診） ☐ ない 有と答えた方⇒どこで受けましたか ☐ 市町村（ ☐ 市 ☐ 町 ☐ 村） ☐ 病 院（病院名：) 最後に受けた日： 年 月 日 何かアドバイスを受けましたか： ☆保育関係機関に情報提供してもよろしいですか ☐ はい ☐ いいえ
アレルギーについて	食べ物アレルギー ☐ ある(種類) ☐ ない 薬のアレルギー ☐ ある ☐ ない 家族の中にアレルギー体質の方はいますか ☐ いる（) ☐ いない その他のアレルギー（) ※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。
食事について	☐ 母乳 ☐ ミルク ☐ 離乳食 ☐ 普通食 ☐ その他（) 食べ方 ☐ 食べさせてもらう ☐ 自分で食べようとする ☐ 一人で食べる ☆一人で⇒ ☐ スプーン ☐ はし ☐ ストロー ☐ コップ
着替えについて	☐ まだできない ☐ 手伝ってもらえばできる ☐ 一人でできる (☐ 帽子 ☐ シャツ ☐ パンツ ☐ 靴下 ☐ 靴 ☐ ボタンかけ)
排泄	☐ おむつ ☐ 夜だけおむつ ☐ オマル ☐ トイレでできる（ ☐ 排尿 ☐ 排便）(☐ 手伝ってもらえばできる ☐ 一人でできる)
☆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。	
【特記事項】	面接日 年 月 日 記入者