　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（Ｈｉｂ） | | | | | | | | |
| □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 | | | | | | | | |
| ・ロタウィルス（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 |
| 川﨑病 | 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（　　　　　℃） | | | | | | | | |
| □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（　　　　℃）　ない時（　　　　℃） | | | | | | | | |
| 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（　　　　　　　　　　　　） |
| □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： |
|  |
| 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 | |
|  | |
|  | |
|  | |