

【健康調査票】

年 月 日 記入者()

お子さんについて、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		
1歳半～2歳の頃	<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							
	<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7か月健診 <input type="checkbox"/> 3歳3か月健診 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 ()							
心身の障がい	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (障がい名)							
既往症	ひきつけ・けいれん 無 <input type="checkbox"/> 有 (1回目 歳 か月) (その後 回) (経過等) (無熱性 回)							
	てんかん 無 <input type="checkbox"/> 有 (状態)							
今までかかった病気	<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"/> 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 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> その他 ()							
予 防 接 種	・五種混合 (Hib・四種混合)	(年 /)	(年 /)					
	・肺炎球菌	(年 /)	(年 /)					
	・BCG	(年 /)	(年 /)					
	・MR [麻しん・風しん]	(年 /)	(年 /)					
	・日本脳炎	(年 /)	(年 /)					
	・おたふくかぜ	(年 /)	(年 /)					
	・水ぼうそう	(年 /)	(年 /)					
	・ロタウイルス	(年 /)	(年 /)					
・B型肝炎	(年 /)	(年 /)						

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()
その他のアレルギー	どんなアレルギーですか
0歳児食事	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 粉ミルク <input type="checkbox"/> 母乳とミルクの混合 <input type="checkbox"/> 卒乳 飲んでいるミルク名() 1回のミルクの量(ml) 時間(時間おき) 離乳食： <input type="checkbox"/> 初期食 <input type="checkbox"/> 中期食 <input type="checkbox"/> 後期食 <input type="checkbox"/> 完了食 1日(回)
食事	<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()
言語	<input type="checkbox"/> 発声のみ <input type="checkbox"/> 片言・単語 <input type="checkbox"/> 2～3語文 <input type="checkbox"/> 日常会話 <input type="checkbox"/> 日本語を教えていない(国名/言語名：)
睡眠	<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	<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	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"/> 口内炎ができやすい <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()
からだや発育のことで気になることがありましたら記入してください <hr/> <hr/>	