

## こども誰でも通園制度 健康調査票

ふりがな		男	愛称	
児童氏名		女	生年月日	令和 年 月 日 生まれ
		第 子		歳 月 日
分娩	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 難産 <input type="checkbox"/> 早産 ( 週)		予防接種	<input type="checkbox"/> ロタウイルス (1・2・3)
出生体重	g 現在の体重 kg			<input type="checkbox"/> ヒブ (1・2・3・追)
平熱 血液型	度 分 型 RH+ RH-			<input type="checkbox"/> 肺炎球菌 (1・2・3・追)
今までにかかった 病気	<input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘		※該当する 回数を○で 囲んで下さ い。	<input type="checkbox"/> B型肝炎 (1・2・3)
	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 中耳炎			<input type="checkbox"/> 5種混合 (1・2・3・追)
	<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 川崎病			<input type="checkbox"/> 麻疹/風疹 (1・2)
	<input type="checkbox"/> 肝疾患 ( )			<input type="checkbox"/> 水痘 (1・2) <input type="checkbox"/> BCG
	<input type="checkbox"/> 腎疾患 ( )			<input type="checkbox"/> おたふくかぜ (1・2)
	<input type="checkbox"/> 心疾患 ( )			<input type="checkbox"/> 日本脳炎 (1・2・追)
	<input type="checkbox"/> 血液で感染する病気 ( )			<input type="checkbox"/> 予防接種を受ける予定はない
<input type="checkbox"/> 通院中の病気や怪我 ( )				
常時服用する薬 ( )			睡眠	昼寝 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
医療的ケア <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				午前 時 分 ~ 時 分
ケア内容 ( )				午後 時 分 ~ 時 分
				寝姿勢 <input type="checkbox"/> 仰向け <input type="checkbox"/> 横向き <input type="checkbox"/> うつ伏せ
				<input type="checkbox"/> 授乳しながら
現在の 体質	<input type="checkbox"/> 気管支が弱い <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい		栄養状況	<input type="checkbox"/> ミルクのみ c c × 回
	<input type="checkbox"/> 便秘しやすい <input type="checkbox"/> 吐きやすい			銘柄 ( )
	<input type="checkbox"/> 肘が外れやすい 右・左 回		<input type="checkbox"/> 母乳のみ <input type="checkbox"/> 混合	<input type="checkbox"/> 初期食 <input type="checkbox"/> 中期食 <input type="checkbox"/> 後期食 <input type="checkbox"/> 普通食
	<input type="checkbox"/> 熱性けいれんがある			
初発 歳 月 日			便の状態	<input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟らかい
直近 年 月 日				回数 回/一日
熱性けいれん時の体温 度 分			発育状態	首の座り 月頃
皮膚の状態 <input type="checkbox"/> 普通肌 <input type="checkbox"/> 乾燥肌				支え無しのお座り 月頃
<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎				ハイハイ 月頃
				歩き始め 歳 月頃
アレルギー について	<input type="checkbox"/> 食べ物 ( )		その他	<input type="checkbox"/> 抱っこを嫌がる
	<input type="checkbox"/> 薬 ( )			<input type="checkbox"/> 呼ばれても振り向かない (目が合わない)
	<input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> ダニ <input type="checkbox"/> ハウスダスト			<input type="checkbox"/> よく動く
	<input type="checkbox"/> 動物 ( )		言語	<input type="checkbox"/> 喃語 (アアア)
	エピペンの処方 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> どもり <input type="checkbox"/> 引き伸ばし
症状 ( )			<input type="checkbox"/> 発語がない	
症状が出る部位 ( )			<input type="checkbox"/> 発語はないが言葉かけは理解している	
家族のアレルギー <input type="checkbox"/> あり ( )			<input type="checkbox"/> 身振り/片言で意思を伝えようとする	
			対人関係	<input type="checkbox"/> 人見知りが強い
かかり つけ医	小児科 ( )			<input type="checkbox"/> 手が出やすい
	外科・整形外科 ( )			<input type="checkbox"/> 噛みつくことがある
	歯科 ( )		習癖に ついて	<input type="checkbox"/> 指しゃぶり <input type="checkbox"/> 歯ぎしり <input type="checkbox"/> 爪噛み
	眼科 ( )			<input type="checkbox"/> おしゃぶり <input type="checkbox"/> その他 ( )
	耳鼻科 ( )			<input type="checkbox"/> お気に入りの物がある ( )
皮膚科 ( )				
健診	<input type="checkbox"/> 1か月 <input type="checkbox"/> 3~4か月 <input type="checkbox"/> 6~7か月		好きな 遊び	室内
	<input type="checkbox"/> 9~10ヶ月 <input type="checkbox"/> 1歳半			屋外
健診時の 指摘事項	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		子育て支 援の利用 について	<input type="checkbox"/> 一時預かり ( )
	指摘内容 ( )			<input type="checkbox"/> プレ幼稚園 ( )
	( )			<input type="checkbox"/> 療育施設 ( )
				<input type="checkbox"/> その他 ( )