

健康状況調査票

面接日 年 月 日

保育所・こども園

ふりがな		男・女	第 子	年 月 日生 歳 か月
氏名				
妊娠中の経過 /出産の状態	・異常なし・妊娠高血圧症候群・帝王切開()・その他() 妊娠 週 体重 g 身長 cm 胸囲 cm 頭囲 cm			
出生時の様子	・異常なし・仮死・保育器使用(日間)・他(酸素吸入・光線療法等)			
成長の様子	首のすわり か月	寝返り か月	おすわり か月	はいはい か月
	一人歩き か月	意味のある単語(ママ、ワンワン等)を話す 歳 か月		2語文を話す 歳 か月
	・3語文を話せる ・はっきりした発音で話す ・自分の名前が言える ・経験した事を話す			
	・好きな遊びがある() ・遊び友達がいる ・友達と順番や交代で遊べる			
	・ボール等を持ったり投げたりできる ・ひとりでできる(三輪車/ブランコ/滑り台/ジャングルジム等)			
	・危険がわかる(生まれ、あぶない等) ・色(黄、赤、緑、青)がわかる ・衣服の着脱が自分でできる			
	・耳のきこえや視力に問題がない(ある場合) ・歩いたり走ったり等に問題がない			
健康の状況	・ひきつけやけいれん、急に意識が無くなる等の症状をおこしたことがありますか いいえ/はい 回 (いつ頃) 有熱性・無熱性・泣いたとき・その他) ・健康や発達上のことで専門機関に相談や通所/通院をしたことがありますか いいえ/はい (内容) ・定期的に通院している病気等がありますか いいえ/はい (内容) ・普段、飲んでる薬はありますか いいえ/はい (内容) ・じんましんが、でたことがありますか いいえ/はい (状況)			
予防接種	・ヒブ・肺炎球菌・四種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ)・BCG(結核)・B型肝炎・水ぼうそう(水痘) ・ロタウイルス・MR(麻しん風しん)・日本脳炎・おたふくかぜ(流行性耳下腺炎)・その他()			
かかったことがある 病気・けが	・水ぼうそう・おたふくかぜ・麻しん・気管支喘息・中耳炎・心臓病・骨折・肘が抜けた・歯をぶつけた ・その他(肝炎等)			
アレルギーに ついて	・アレルギーがありますか いいえ / はい アレルギーの種類) ・食物アレルギー(アレルゲン: 卵 / 牛乳 / その他) ・アトピー性皮膚炎 ・気管支喘息 ・その他アレルギー() 症状 発疹・腹痛・下痢・嘔吐・喘鳴・咳・チアノーゼ・その他() 薬の処方 なし/あり (内容) 家族でアレルギーのある人 ()			
家族の病歴	なし/あり (父・母・兄弟姉妹) ・心臓病・肝炎・結核・精神疾患・その他()			
授乳・食事の 状況	授乳の状況 母乳 / ミルク / 混合 ・ミルクは何を使って飲みますか(哺乳瓶 / マグマグ / コップ)		食事の仕方 ・食べさせる ・手づかみ ・スプーンで大人が手伝って食べる ・スプーンを使い一人で食べる	
	食事の形態 ・大人と同じ ・離乳食 回 (朝/昼/夜) 内容 ・スープ・おもゆ・ 倍がゆ(つぶし・粒有)・軟飯・御飯・うどん・パン ・たんぱく質(豆腐・卵・魚・肉・牛乳・乳製品) ・野菜類 ・果物類		好き嫌い なし/あり()	
睡眠 (昼寝を含む)	時間(: ~ :) (: ~ :) (: ~ :) (: ~ :)			
排泄の状況	おむつ ・終日使用 ・昼寝の時のみ使用 ・夜寝る時のみ使用 ・出たら教える ・トイレトレーニング中 トイレ ・ひとりでできる ・手伝いが必要(大便 / 小便)			
集団保育の経験がありますか いいえ/はい (施設名)				
担当者に伝えたいこと(健康・発達面・その他等)			備考(こちらへは記入しないでください。)	
				面接者

※該当するところに○をつけ、()内に具体的に御記入ください。