

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()							
出生時の様子	妊娠 週	体重 g	身長 cm	胸囲 cm	頭囲 cm			
成長の様子	・異常なし・仮死・保育器使用(日間)・他(酸素吸入・光線療法等)							
	首のすわり か月	寝返り か月	おすわり か月	はいはい か月	つたい歩き 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 ・ひとりのできる(三輪車/ブランコ/滑り台/ジャングルジム等)							
健康の状況	・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							
	・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)							
予防接種	・四種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ) ・五種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・Hib) ・ヒブ(Hib) ・小児用肺炎球菌 ・B型肝炎 ・ロタウイルス ・BCG(結核) ・MR(麻しん風しん) ・水ぼうそう(水痘) ・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				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			
					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 ・ひとりのできる ・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、()内に具体的にご記入ください。