

健康状況調査票

記入日 令和 年 月 日

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	・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	つかまり立ち 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(止まれ、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、飲んでいる薬はありますか 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	・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			食事の仕方 ・食べさせる ・手づかみ		
	・ミルクは何を使って飲みますか(哺乳瓶 / マグマグ / コップ)			・スプーンで大人が手伝って食べる		
	食事の形態 ・大人と同じ ・離乳食_____回 (朝/昼/夜)			・スプーンを使い一人で食べる		
睡眠 (昼寝を含む)	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			好き嫌い なし/あり()		
	・たんぱく質(豆腐・卵・魚・肉・牛乳・乳製品)・野菜類・果物類					
排泄の状況	時間(: ~ :)(: ~ :)(: ~ :)(: ~ :)					
	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。)			
			面接日 令和 年 月 日 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。