**一時保育健康状況調査票**

面接日　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　 保育所・こども園

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | 男女 | 生年月日 | | 年　　　月　　　日生　　　　歳　 　か月 | | | | | | |
| **氏名** |  | | | 兄弟関係 | | 第　　子 | | | 家庭での呼び方 | | |  |
| **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　　　　　　　　㎝　　胸囲　　　　　　　　㎝　　頭囲　　　　　　　　㎝ | | | | | | | | | | | |
| **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  ・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  ・コップで大人が手伝って飲む  ・コップを使って飲む | | | | |
| 好き嫌い　なし/あり（　　　　　　　　　） | | | | |
| **睡眠**  **(昼寝を含む)** | 時間（　 　：　　　～　 　：　　　） （　 　：　　　～ 　　：　　　） （ 　　：　　　～ 　：　　　）（　 　：　　　～　 　：　　　） | | | | | | | | | | | | |
| **眠る時の癖等** | 例：○○をもって寝る　抱っこで眠る等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| **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。