

児童の健康状況調査票

児童氏名	(男・女)	生年月日	年	月	日生 (歳児)
1. 妊娠中の疾病	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 有 ()				
2. 分娩について	妊娠期間 (週) <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ()				
3. 出生について	体重 (g) <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 → <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> ひきつけ <input type="checkbox"/> 未熟児 → <input type="checkbox"/> 保育器に入らない <input type="checkbox"/> 入れた (日間) <input type="checkbox"/> 強い黄疸 → <input type="checkbox"/> 交換輸血 <input type="checkbox"/> 光線療法 <input type="checkbox"/> 母乳中止 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 酸素使用 <input type="checkbox"/> その他 ()				
4. 乳児期の発達状況	首すわり (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) 歩き始め (か月)				
5. 定期健診・乳児相談	1か月 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> その他 () 3か月～1歳 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> その他 () 1歳～1歳6か月 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> その他 () 2歳～3歳6か月 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> その他 ()				
6. 予防接種について (1回でも接種したものは <input type="checkbox"/> にチェック (☑) して下さい。)	<input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> 三種混合 <input type="checkbox"/> 四種混合 <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 麻疹・風疹混合ワクチン <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> ロタ <input type="checkbox"/> その他 ()				
7. かかりやすい病気等がありますか <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 熱を出しやすい <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎になりやすい <input type="checkbox"/> ぜいぜいしやすい <input type="checkbox"/> 中耳炎になりやすい <input type="checkbox"/> 鼻水が出やすい <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい <input type="checkbox"/> その他 () ※脱臼 <input type="checkbox"/> しやすい 脱臼しやすい部位 () <input type="checkbox"/> したことがある 脱臼した部位 () いつごろ ()				
8. ①次の病気等のうち、今までにかかった(該当した)ものがありますか。	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 腸重積 <input type="checkbox"/> 口唇蓋裂 <input type="checkbox"/> 股関節脱臼 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 水腎症 <input type="checkbox"/> いずれもない ・何才の時 () ・かかった病院名 ()				
②その病気等の現在の状況はどうですか。	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 (<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/> その他) 治療中の場合は、その状況及び病院名等をくわしく書いてください。 ()				
③その他あらかじめ申し出しておきたい病気・障害等がありますか。	<input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> ない 病名・障害及び病院名等をくわしく書いてください。 ()				

9. ことばについて	<input type="checkbox"/> 人に向かっておしゃべりをしようとする（6か月～10か月） <input type="checkbox"/> パパ、ママ、マンマなどが言える（10か月～1歳） <input type="checkbox"/> 「〇〇ちょうだい」でもってくる（1歳～1歳半） <input type="checkbox"/> 「ワンワンきた」など2語文を話す（1歳半～2歳） <input type="checkbox"/> 物の名前をたくさん言う、自分の名前を言うことができる（2歳～3歳） <input type="checkbox"/> 同年齢の子どもと会話することができる（3歳以上） 備考 （ ）
10. 食事について	食事 <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 離乳食 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> その他（ ） 食べ方 <input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 自分で食べようとする <input type="checkbox"/> 1人で食べる 1人で→〔 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> はし 〔 <input type="checkbox"/> ストロー <input type="checkbox"/> コップ〕 食物アレルギー → <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない （ ） 家族の中にアレルギー体質の方はいますか <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない （ ）
11. 着替えについて	<input type="checkbox"/> まだできない <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえばできる <input type="checkbox"/> 1人でできる <input type="checkbox"/> 帽子 <input type="checkbox"/> シャツ <input type="checkbox"/> パンツ <input type="checkbox"/> くつした <input type="checkbox"/> くつ <input type="checkbox"/> ボタンかけ
12. 排泄について	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 夜だけおむつ <input type="checkbox"/> オマル <input type="checkbox"/> トイレでできる トイレで → 〔 <input type="checkbox"/> 排尿 <input type="checkbox"/> 排便〕 〔 <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえばできる <input type="checkbox"/> 1人でできる〕
13. 保育園で特に注意してほしいこと、又はお子さんの発達で気になることがありますか。	
14. 今までに健康，発達上のことで専門機関に相談や通所されたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 児童相談所 <input type="checkbox"/> 家庭児童相談室 <input type="checkbox"/> マザーズホーム <input type="checkbox"/> 保健センター <input type="checkbox"/> 病院（ 病院 科） <input type="checkbox"/> その他（ ）
【面接者所見・特記事項】	面接日 年 月 日 面接者