

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。 ()				

<p>9. ことばについて</p>	<p> <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 （ ） </p>
<p>10. 食事について</p>	<p> 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 （ ） </p>
<p>11. 着替えについて</p>	<p> <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 </p>
<p>12. 排泄について</p>	<p> <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〕 </p>
<p>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。</p>	
<p>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。</p>	<p> <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（ ） </p>
<p>【面接者所見・特記事項】 面接日 年 月 日 面接者</p>	