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 | | □特になし □有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| ２．分娩について | | 妊娠期間 （ 週）  □正常　□異常（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| ３．出生について | | 体重（　 ｇ）  □正常 □異常 →□仮死 □チアノーゼ □ひきつけ  □未熟児→□保育器に入らない □入った（ 日間）  □強い黄疸 → □交換輸血 □光線療法 □母乳中止  □注射　□酸素使用　□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 □異常なし □その他（　　　　　　　　　　）  ３か月～１歳 □異常なし □その他（　　　　　　　　　　） １歳～１歳６か月 □異常なし □その他（　　　　　　　　　　）  ２歳～３歳６か月 □異常なし □その他（　　　　　　　　　　） | | | | |
| ６．予防接種について（１回でも接種したものは□にチェック（☑）して下さい。）  □BCG　　□ポリオ　　□三種混合　　□四種混合　　□ヒブ □肺炎球菌 □麻疹・風疹混合ワクチン　　□日本脳炎 □流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）  □水ぼうそう　　□ロタ □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| ７．かかりやすい病気等はありますか □いいえ  □は い □熱を出しやすい □扁桃腺炎になりやすい □ぜいぜいしやすい □中耳炎になりやすい □鼻水が出やすい □下痢をしやすい □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） ※脱臼 □しやすい 脱臼しやすい部位（　　　　　　　　　　） □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。  □心臓病 □川崎病 □腸重積 □口唇蓋裂 □股関節脱臼 □ぜんそく 　　□水腎症 □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。  　　 □治癒 □治療中 （ □通院 　　□服薬　　　□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ておきたい病気・障害等はありますか。  □ある （ □通院 　□服薬　□その他 ） 　　 □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 □人に向っておしゃべりをしようとする（６か月～１０か月）  　　 □パパ、ママ、マンマなどが言える（１０か月～１歳）  □「○○ちょうだい」でもってくる（１歳～１歳半）  □「ワンワンきた」など２語文を話す（１歳半～２歳）  □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）  □同年齢の子どもと会話をすることができる（３歳以上）  備　考 | | | | |
| 10．食事について 食事　　□母乳　□ミルク　　□離乳食　　□普通食　□その他（　　　　　　）  　　　　　　　　 　食べ方　□食べさせてもらう　□自分で食べようとする　□１人で食べる  　 　　　１人で→〔 □スプーン　□はし 〔 □ストロー　□コップ 〕  食物アレルギー　→　□ある □ない    家族の中にアレルギー体質の方はいますか　□いる　□いない | | | | |
| 11．着替えについて □まだできない 　□手伝ってもらえばできる 　□１人でできる  □帽子 　□シャツ　 □パンツ　 □くつした　 □くつ　 □ボタンかけ | | | | |
| 12．排泄について □おむつ 　□夜だけおむつ 　□オマル　 □トイレでできる  　 トイレで　→〔 □排尿　　　□排便 〕  　　　　　　　　　　　　　　　 　〔 □手伝ってもらえばできる　　　□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。  　　　　　　　 □はい　　□いいえ  　　 　　　□児童相談所　　□家庭児童相談室　　□マザーズホーム  　　　　　　　　 □保健センター　□病院（　　　　　　　　　　　　病院　　　　　　科）  　　　　　　　　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 【面接者所見・特記事項】 　面接日　　　 　　年 　　月　 　日　　面接者 | | | | |
|  | | | | |