

児童の健康状況調査書

児童氏名	生年月日	年 月 日 (歳)	記入者氏名 (続柄)	()	記入年月日	令和 年 月 日
現在、通院または定期健診を受けている病気はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	はいの場合 病 名： 医療機関：			
毎日飲んでいる薬はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	はいの場合 服用する薬： 服用頻度 朝 昼 夕 寝る前 1日 回			
入院されたことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	はいの場合 病 名： 入院期間： 年 月 日 ~ 年 月 日			
ひきつけ・けいれんをおこしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	はいの場合 回数： 回程度 発症時期： 原因 <input type="checkbox"/> 発熱 (°C以上) <input type="checkbox"/> その他 ()			
障害者手帳や療育手帳をお持ちですか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	はいの場合 手帳の種類： 等級や程度：			
心身の発達について専門機関に相談していますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	はいの場合 機 関： いつ頃から： 年 月頃から			
乳幼児健診をうけていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	はいの場合 指摘事項があった場合はご記入ください ()			
予防接種が済んでいるのはどれですか？	<input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん混合ワクチン <input type="checkbox"/> 四種混合 <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> おたふく <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> ロタウイルスワクチン <input type="checkbox"/> その他 ()					
その他の発育状況	1 話すときの視線は合いますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 2 耳が遠いという心配はないですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 3 名前を呼ぶと振り向きですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 4 転ばないで歩けますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 5 排泄は？ <input type="checkbox"/> おむつを使用 <input type="checkbox"/> トイレトレーニング中 <input type="checkbox"/> ひとりで行けるが補助が必要 <input type="checkbox"/> ひとりで行ける 6 食事は？ <input type="checkbox"/> 全面介助が必要 <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> ひとりでは食べられない 7 言語は？ <input type="checkbox"/> 普通に話せる <input type="checkbox"/> 単語程度で意思交換できる <input type="checkbox"/> 話せないと言われることはわかる <input type="checkbox"/> 話せないと言われることもわからない					
食物アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	「はい」の場合 原因となるものは？ <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> その他 ()			

アレルギーの原因となる食材料を取り除いた除去食の対応につきましては、各保育園にお問い合わせください。