

在園保育園等	かな		才	記入日： 令和 年 月 日
	児童氏名			
	生年月日	平成・令和 年 月 日		

児童の健康状況調書

該当するもの全てにチェック・記入をしてください。

妊娠・出産の状況	妊娠中の状態	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 重度のつわり <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> ()	妊娠期間	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> その他	妊娠週	<input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> ()
	出生時の状態	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 未熟児 <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> 強い黄疸 <input type="checkbox"/> 保育器使用 () 日 <input type="checkbox"/> 早産 () 週 <input type="checkbox"/> ()	分娩時の状況			
	出生時	体重 <input type="text"/> g 身長 <input type="text"/> cm 現在 体重 <input type="text"/> kg 身長 <input type="text"/> cm () 年 月 日測定 () 歳 か月)					

発達・健康の状況	栄養の状況	<input type="checkbox"/> 母乳 () か月 <input type="checkbox"/> 混合 () か月 <input type="checkbox"/> 人工 () か月 <input type="checkbox"/> 離乳食 () 回食 <input type="checkbox"/> 普通食
	発達の状況	・首がすわる () か月 ・寝返り () か月 ・お座り () か月 ・ハイハイ () か月 ・つかまり立ち () か月 ・つたい歩き () か月 ・歩きはじめ () か月 ・話しはじめ () 歳 () か月 <input type="checkbox"/> 喃語 (アーア) 程度 <input type="checkbox"/> 単語程度 <input type="checkbox"/> 2語文 <input type="checkbox"/> 会話のやりとりができる
	健診の状況	・1か月 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診 ・3～4か月 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診 ・9～10か月 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診 ・1歳6か月 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診 ・3歳 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 未受診 * 健診で指摘を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい - 内容 () * 健康・発達上のことで専門機関に相談・通所されたことがありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい - 機関名 () 内容 () →「あり」の場合 * 相談機関に連絡をとらせていただいてもよろしいですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	体質・病気について	* よくある症状はありますか。 (いいえ ・ はい) <input type="checkbox"/> 熱が出やすい <input type="checkbox"/> 風邪を引きやすい <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい <input type="checkbox"/> 便秘になりやすい <input type="checkbox"/> 吐きやすい <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 喘息がある <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> その他 ()
		* 今までにかかった病気やケガはありますか。 (いいえ ・ はい) ・年齢 - () 歳 () か月 ・病名 - () ・医療機関名 - ()
* 現在、定期的に受診している病気やケガはありますか。 (いいえ ・ はい) ・病名 - () ・医療機関名 - ()		

※裏面もごさいます。ご確認ください。

