

健康調査票

お子さんが保育所等に入所される際の貴重な資料となりますので、具体的に、表・裏の太枠内をご記入ください。

ふりがな		性別		生年月日		かかりつけ医							
氏名		男 ・ 女		H. 年 年 日									
1.出産時の状況について													
1) 妊娠時期		週 日		2) 出産時の状態		体重 g 身長 cm 頭囲 cm							
3) 出産時に特別徴収な処置（仮死状態、保育器使用、酸素使用など）がありましたか。 あり（ ） ・ なし													
2. 発達状況について				4. 予防接種について 受けられた予防接種に○をつけてください									
首すわり		か月		ヒブ (Hib)	初回①		BCG						
寝返り		か月			②			四種混合 (DPT-IPV)	初回①				
おすわり		か月			③				②				
ハイハイ		か月			追加				③				
つかまり立ち		か月		小児用肺炎球菌	初回①		ポリオ(生ワクチン・不活化)		追加				
つたい歩き		か月			②			MR(麻しん風しん混合)	1期				
ひとり歩き		歳 か月			③				2期				
					追加				かかった				
3. 乳幼児健診の状況について				ロタウイルス	みずぼうそう	B型肝炎	三種混合 (DPT)		初回①				
4か月児健診		相談内容						1回目				2回目	
受診・未受診								2回目				かかった	
								3回目				初回①	
10か月児健診		相談内容		おたふくかぜ	予防接種			②					
受診・未受診					かかった			追加					
5.療育手帳・身体障害者手帳の交付状況													
あり（ ※手帳の写しを添付してください） ・ なし													
1歳6ヶ月児健診				相談内容									
受診・未受診													
3歳児検診		相談内容											
受診・未受診													
6. かかった病気と現在の様子について				現在の体重（ g） 身長（ cm）									
				測定日（H 年 月 日）									
1) かかった病気等について○を入れてください。													
1. 心臓病 2. 腎臓病 3. けいれん 4. てんかん 5. アトピー性皮膚炎													
6. ぜんそく 7. 肘内障（ひじがぬける） 8. その他（ ） 9. 特になし													
2) 上記の項目について、かかったときの様子と、現在の症状や医師の指示などについてご記入ください。													
番号		診断名		かかったときの様子		現在の症状・医師の指示・病院名 等							
（記入例） 3		熱性けいれん		1歳2か月のとき、39℃の熱でけいれんし、意識がなくなり救急車を呼んだ。		熱が38℃になれば、おしりから薬を入れるようにと指示されている（〇〇病院）。							
7. 保育所等に入るにあたり、発育や発達、病気のことで伝えておきたいことや、健診等で助言を受けていること等がありましたらご記入ください													
*入所時健診結果 年 月 日 （ 歳 か月） ※記入不要													
医師名													

裏面もご記入ください

8. お子さんのこれまでの状況について、すべてご記入ください。			
1歳頃まで	家族といっしょにいるとき、話しかけるような声を出しますか。	はい	いいえ
	そっと近づいて、ささやき声で呼びかけると振り向きますか。	はい	いいえ
	知らない人を見ると不安そうな顔をしたり、泣いたりするような人見知りをしますか。	はい	いいえ
	後追いをしますか。	はい	いいえ
	バイバイ・コンニチハなどの身振りをしますか。	はい	いいえ
	大人の言う簡単なことば(おいで、ちょうだいなど)がわかりますか。	はい	いいえ
2歳頃まで	ママ、ブーブーなど意味のあることばを話し始めた時期はいつですか。	歳	か月頃
	名前を呼ぶと、視線を合わせますか。	はい	いいえ
	スーパーなど外出時に、よく迷子になりますか。	いいえ	はい
	何かに興味を持ったとき、指をさして伝えようとしますか。	はい	いいえ
	テレビや大人の身振りのまねをしますか。	はい	いいえ
	あなたが部屋の中の離れたところにあるおもちゃを指でさすと、お子さんはその方向をみますか。	はい	いいえ
	2語文(「ワンワン キタ」、「マンマ チョウダイ」)などを言いますか。	はい	いいえ
3歳・4歳頃	クレヨンなどで丸(円)を描きますか。	はい	いいえ
	自分の名前を言いますか。	はい	いいえ
	目を合わせて会話ができますか。	はい	いいえ
	相手を気にせず一方的に話すことがありますか。	いいえ	はい
	ままごと、ヒーローごっこなどで遊んでいますか。	はい	いいえ
	公園など外で、近くにいる他のお子さんに興味をもちますか。	はい	いいえ
	いつもの道順・やり方・手順がかわると混乱するようなことはありますか。	いいえ	はい
9. 栄養状況について、あてはまる項目に○をつけてください。 1) 栄養法 母乳 ・ 混合 ・ ミルク 2) 哺乳瓶 使える ・ 使えない 3) コップ 使える ・ 使えない 4) 離乳食 開始時期 か月 回数 : /日 形態 : 初期 ・ 中期 ・ 後期 ・ 完了期 5) 普通食 できない ・ 手伝いが必要 ・ 自立		10.食物アレルギーについて なし ・ あり 1) 除去している食材名 () 2) アレルギー症状・状態 () 3) アナフィラキシー なし ・ あり 4) 処方薬 () 用法 : 定期 ・ 頓服	
11.食物以外のアレルギー なし ・ あり ()			
12. ご家族の健康状態についてご記入ください。 1) 父親 (健康・療養中) 3) 兄弟 (健康・療養中) 2) 母親 (健康・療養中) 4) その他((健康・療養中)			
健康保険証および乳幼児医療証のコピーを貼付してください		特記欄 (記入不要)	