

# 入園時における生活状況・健康状態調査票



お子様の健康状態について次の項目に記入、又は○をつけてください 記入日：令和 年 月 日

ふりがな		性別	年齢	生年月日
氏名	男・女	歳 ヶ月	20 年 月 日	
現在の身長 ( ) cm		現在の体重 ( ) kg		平均体温 ( ) 度
健康の記録	・妊娠 ( ) 週で出産 ・分娩異常 (あり・なし)			
	・出生時の身長 ( ) cm ・出生時の体重 ( ) kg ・特記事項 ( )			
	・授乳時の状況 (母乳、人口、混合) ・首のすわり ( ) ヶ月頃 ・寝返り ( ) ヶ月頃			
	・「マンマ」「ワンワン」などの簡単なことばの出始め ( ) ヶ月頃			
	・はいはい ( ) ヶ月頃 ・つかまり立ち ( ) ヶ月頃 ・歩き始め ( ) ヶ月頃			
	・「ワンワン きた」などの簡単な2語文のしゃべり始め ( ) ヶ月頃 ・利き手 (右・左)			
健診	■健診について ※健診を受けたものにすべて○を付けてください。			
	<input type="radio"/> 1ヶ月健診	<input type="radio"/> 3ヶ月健診	<input type="radio"/> 9ヶ月健診	<input type="radio"/> 1歳6ヶ月健診
	<input type="radio"/> 3歳児健診 ・健診で指導を受けたことや経過観察になっていることはありますか？ なし    あり (内容： )			
予防接種	■予防接種について ※接種したもの、接種した回数にすべて○を付けてください。			
	<input type="radio"/> BCG	<input type="radio"/> MR(麻しん・風しん)【第1期 第2期】		
	<input type="radio"/> Hib(ヒブ)【1回 2回 3回 追加】	<input type="radio"/> 小児肺炎球菌【1回 2回 3回 追加】		
	<input type="radio"/> 4種混合【1回 2回 3回 追加】	<input type="radio"/> 水痘(みずぼうそう)【1回 2回】		
	<input type="radio"/> 日本脳炎【1回 2回 追加】	<input type="radio"/> B型肝炎【1回 2回 3回】		
	<input type="radio"/> ロタウイルス	<input type="radio"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)		
	その他 ( )			
既往	■かかったことのある病気があれば記入してください。			
	<input type="radio"/> 麻しん(はしか) 歳	<input type="radio"/> 風しん 歳		
	<input type="radio"/> 水痘(みずぼうそう) 歳	<input type="radio"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 歳		
	<input type="radio"/> 百日せき 歳	<input type="radio"/> 結核 歳		
	<input type="radio"/> その他の病気や大きなケガ ( ) 歳 病名(ケガ)： ( )			
	・現在治療中の病気がありましたら、いつからどんな病気ですどんな治療をしているか記入してください。			
	・ひきつけやけいれんを起こしたことがあれば記入してください。			
	初回 ( ) 歳 最終 ( ) 歳 今までに ( ) 回 状態 ( )			
	けいれん止めの座薬は使用したことはありますか？ ( なし ・ あり )			
・関節がはずれたことがあれば記入してください。				
初回 ( ) 歳 最終 ( ) 歳 今までに ( ) 回 部位 ( )				
アレルギー	■アレルギーの症状があれば○をつけてください。 ※別途で詳しく聞き取りがあります。			
	<input type="radio"/> 食物アレルギー	<input type="radio"/> アトピー性皮膚炎	<input type="radio"/> アトピー性鼻炎	<input type="radio"/> アレルギー性結膜炎
	<input type="radio"/> 気管支炎	<input type="radio"/> じんましん	<input type="radio"/> その他 ( )	
他に健康面で伝えておきたいことがありましたら記入してください。				
かかりつけ医	小児科 ( ) 歯科 ( ) 耳鼻科 ( ) その他 ( )			

\*入園説明会および健康診断で知りえた情報は、集団生活を円滑にするためのもので、それ以外の目的では使用しません。