

健康調査票

面接年月日 年 月 日
面接時 歳 ヶ月

ふりがな	男・女	生年月日	第 子	平熱
氏名		年 月 日	兄 弟 姉 妹	℃
妊娠中の状況	異常なし ・ 異常あり (内容)			
出生時の状況	在胎週数 ()週 ()日 正常 ・ 帝王切開 ・ 吸引分娩 ・ その他()			
出生時	異常なし ・ 異常あり 仮死 保育器使用 酸素使用 黄疸 (光線療法・処置なし) へその緒巻き付き 身長 (cm) 体重 (g) 胸囲 (cm) 頭囲 (cm)			
今までにかかった	ジフテリア ・ 百日咳 ・ はしか ・ 風疹 ・ おたふくかぜ ・ みずぼうそう 突発性発疹 ・ 肺炎 ・ 結核 ・ 喘息 川崎病(歳 か月で診断 次回受診は 歳 か月頃) 心臓疾患 () ・ 腎臓疾患 () 脱臼 (歳 か月のとき、部位は 理由は) 骨折 (歳 か月のとき、部位は 理由は) 熱性けいれん (歳 か月 °Cのとき) (回、ダイアップを ⇒ 持っている / 持っていない) 熱のないけいれん(歳 か月)(歳 か月) 回 てんかん()			
入院・手術をした病気	入院【病名 ()】(年 月～ 年 月) 手術【病名 ()】(年 月～ 年 月)			
現在かかっている病気	現在使用している薬			

予防接種 ※母子健康手帳の予防接種を参考に記入して下さい。

BCG	年 月 日	年 月 日	MR 麻疹 風疹	年 月 日	年 月 日	おたふく かぜ	年 月 日
口タ	年 月 日	年 月 日	ヒブ	年 月 日	年 月 日	みずぼ うそう	年 月 日
4種混合	年 月 日	年 月 日	B型肝炎	年 月 日	年 月 日	他	年 月 日
破傷風	年 月 日	年 月 日	肺炎球菌	年 月 日	年 月 日	他	年 月 日
百日咳	年 月 日	年 月 日	日本脳炎	年 月 日	年 月 日	他	年 月 日
ジフテリア	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日	他	年 月 日
ポリオ	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日	他	年 月 日

◆市の健診の状況

1か月健診	これから ・ 受けていない ・ 受けた(指導なし ・ 指導あり→内容)
3か月健診	これから ・ 受けていない ・ 受けた(指導なし ・ 指導あり→内容)
6～7か月健診	これから ・ 受けていない ・ 受けた(指導なし ・ 指導あり→内容)
9か月～10か月健診	これから ・ 受けていない ・ 受けた(指導なし ・ 指導あり→内容)
1歳児健診	これから ・ 受けていない ・ 受けた(指導なし ・ 指導あり→内容)
1歳6か月	これから ・ 受けていない ・ 受けた(指導なし ・ 指導あり→内容)

◆食事の内容

1. 授乳中	・ はい (母乳 混合 人工栄養) 1日何回 (回) ・ いいえ
2. 離乳食 開始 (月 月 月)	回数 (1日 回) ・ よく食べる ・ 普通 ・ あまり食べない ・ 偏食がある
3. 離乳食の進み具合	・ 中期食 ・ 後期食 ・ 完了食 ・ 乳児食 ・ 幼児食
4. 水分補給は、何を飲んでますか？	・ 麦茶 ・ ほうじ茶 ・ 白湯 ・ 牛乳 その他()
5. コップで飲めますか	・ はい ・ いいえ
6. 食べる時は何を使いますか？	・ スプーン ・ フォーク ・ 手づかみ ・ 全介助 その他()
7. 好き嫌いはありますか？	・ はい ・ いいえ 好んで食べるもの () あまり好まないもの ()

◆発育状況

生後～1歳のころ		1歳6か月～2歳のころ	
首のすわり (か月)	あやすと笑う	転ばずにひとりで上手に歩く	
寝返り (か月)	(はい いいえ)	(はい いいえ)	
お座り (か月)	音のする方を見る	名前を呼ぶと振り向く	
ずりばい (か月)	(はい いいえ)	(はい いいえ)	
はいはい (か月)	話しかけるような声を出す	簡単な言葉がわかる	
つかまり立ち (か月)	(はい いいえ)	(はい いいえ)	
つたい歩き (か月)	おいで、ちょうだい等がわかる	「マンマ」等の単語を3語以上話す	
ひとり歩き (か月)	(はい いいえ)	(はい いいえ)	

◆歯について

- ・1本の歯が生えたのは(か月ごろ) ・初めての虫歯は(歳 か月ごろ)
- ・現在生えている歯の本数(本) ・現在(治療済 ・ 治療中 ・ まだ受診していない)

◆体質・健康

- ・風邪をひきやすい
- ・熱をだしやすい
- ・しっしんがしやすい
- ・じんましんが出やすい
- ・虫さされのあと化膿しやすい
- ・中耳炎になりやすい
- ・滲出性中耳炎で治療したことがある
- ・滲出性中耳炎で治療したことがある
- ・便秘体質
- ・下痢をしやすい
- ・指しゃぶり
- ・つめかみがある
- ・首から上のけがが多い
- ・聞こえが気になる
- ・視力が気になる

◆睡眠

1. 昼寝 する (時間) しない
2. 添い寝 している していない
3. 起床時間 (時)
4. 就寝時間 (時)
5. 寝つき時の癖 ()

◆排泄

1. 小便 おしえる おしえない
2. 一人でしますか? はい いいえ
3. 大便 おしえる おしえない
4. 便の性状 かたい 普通 やわらかい

◆自立 (1～2歳児クラス) ※○×で記入

1. 衣類の着脱ができる
2. パンツの着脱ができる
3. ボタンを留めることができる

◆言語 ※○×で記入

1. 言葉 ・ まだしゃべらない ・ はっきりしている
2. 大人のいっていることがわかる
3. 自分の意思を伝えられる (おっこ、いや、など)

◆アレルギーについて

- 食物アレルギーがありますか?
ある (アレルギー)
- アナフィラキシーショックの有無 ・ あり 何歳(歳) ・ なし
- ご家族のアレルギー 父 母 兄弟
ある (アレルギー) ・ ない
- 他のアレルギー
ある (アレルギー) ・ ない

◆その他 お子さんの健康面で園に伝えたいこと、配慮がありましたらご記入下さい。

Blank area for additional health information or special considerations to be shared with the nursery.