

健康状況調査票

児童名 (ふりがな) _____

生育歴について	出産	1. 妊娠中	正常 ・ 異常 (重度つわり、妊娠高血圧症候群、他 _____)			
		2. 出産時	正常 ・ 異常 仮死、早産 (_____ か月)、強い黄疸、他			
			体重	g	身長	cm
			在胎期間	正常 ・ 異常 (早産 _____ か月 ・ その他 [_____])		
	分娩時	正常分娩 ・ 帝王切開 ・ 鉗子分娩 ・ その他 (_____)				
初期発達	1. 首がすわった時期 (_____ か月) ・ おすわりした時期 (_____ か月) 2. 1人で2、3歩あるいた時期 (_____ 才 _____ か月) 3. ウマウマ、バイバイなど言葉が出始めた時期 (_____ 才 _____ か月)					
一時預かり保育希望児の健康状態について	健康状態について		健康 ・ 病気しやすい ・ 常時病気がち ・ その他 (_____)			
	受診した定期健診について		1か月 ・ 3～6か月 ・ 9～11か月 ・ 1歳6か月 ・ 3歳 定期健診などで指摘を受けたことがあればご記入ください。 (_____)			
	1. ひきつけやけいれんをおこしたことがありますか		* 時期 初回 (_____ 才 _____ か月) 最後 (_____ 才 _____ か月) 無 ・ 有 * いままで (_____) 回 * 原因 (熱が出たとき・泣いたとき・熱がなくても起きる)			
	2. 視力・聴力が気になり受診したことがありますか		無 ・ 有 (結果 _____)			
	3. 病気、事故等で入院したことがありますか		無 ・ 有 (時期 _____ 才 _____ か月頃・病名 _____)			
	4. 過去に大きな病気をしたことがありますか		無 ・ 有 (病名 _____)			
	5. 現在治療中の病気などがありますか		無 ・ 有 (病名 _____)			
6. 現在服用している薬はありますか		* 薬名 (_____) 無 ・ 有 * いつから (_____ 年 _____ 月から) * 服用時間帯 (1日 _____ 回 / 朝 ・ 昼 ・ 晩)				
既往症	該当するものに○をしてください。 ・ 麻疹(はしか) (_____ 年 _____ 月) ・ 風疹 (_____ 年 _____ 月) ・ 水疱瘡(みずぼうそう) (_____ 年 _____ 月) ・ 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) (_____ 年 _____ 月) ・ 肺炎 (_____ 年 _____ 月) ・ その他 (_____) (_____ 年 _____ 月)					
体質	1. 該当するものに○をしてください。 ・ 熱が出やすい ・ 便秘症 (_____ 日以上) ・ 風邪をひきやすい ・ 湿疹 ・ ぜんそく ・ ヘルニア ・ 吐きやすい ・ 脱臼 ・ 下痢しやすい ・ その他 (_____)					
	2. アレルギーがありますか	無 ・ 有 ①食物 ②薬物 ③吸引性(ハウスダスト、花粉等) ④接触性 ※ 有の場合は別紙チェック票もご記入ください。				

※裏面もご記入ください

性格面	1. 友だちとよく遊びますか	遊ぶ ・ 遊ばない	
	2. 気になる行動・癖がありますか	無 ・ 有（具体的に)	
自立性	1. 食事について	ひとりでできる・手伝ってもらう・ひとりでできない	
	2. 着替えについて	ひとりでできる・手伝ってもらう・ひとりでできない	
	3. 排せつ（トイレ）について	ひとりでできる・手伝ってもらう・ひとりでできない	
お子さんの様子 ・ ・ 該当する年齢の欄にご記入ください（記入時点年齢にて記入）	0歳	・ 体重は良好に増えていますか（現在約 kg）	はい ・ いいえ
		・ 首はすわりましたか	はい ・ いいえ
		・ 音に反応したり、名前を呼ぶと振り向きますか	はい ・ いいえ
		・ 「アー」や「ウー」などの声をだしますか	はい ・ いいえ
		・ あやすとよく笑いますか	はい ・ いいえ
		・ 寝返りをしますか	はい ・ いいえ
		・ 側にあるものを手を伸ばしてつかみますか	はい ・ いいえ
		・ お座りをしますか	はい ・ いいえ
		・ ハイハイをしますか	はい ・ いいえ
	・ つかまり立ちをしますか	はい ・ いいえ	
	1歳・2歳	・ 一人で立ちますか	はい ・ いいえ
		・ 一人で歩きますか	はい ・ いいえ
		・ 離れたところのおもちゃなどを指さすとその方向をみますか	はい ・ いいえ
		・ バイバイなどの身振りをしますか	はい ・ いいえ
		・ 名前を呼ぶと反応しますか	はい ・ いいえ
		・ 意味のある言葉をいくつか話しますか（マンマ・ブーブなど）	はい ・ いいえ
		・ 簡単ないつけがわかりますか（おいで、ねんね、ちょうだいなど）	はい ・ いいえ
		・ 泣いたり、動いたりせずおとなしすぎると思うことがありますか	はい ・ いいえ
		・ 絶えず動き回り、目が離せないことが多いですか	はい ・ いいえ
	3歳・4歳・5歳	・ 自分の名前が言えますか	はい ・ いいえ
		・ 同年齢の子どもと会話ができますか	はい ・ いいえ
		・ 走ったり、飛んだり、階段をのぼることができますか	はい ・ いいえ
		・ 友だちと一緒に遊ぶことができますか	はい ・ いいえ
		・ クレヨンなどで、丸（円）を書けますか	はい ・ いいえ
		・ 要求を人に伝えられますか	はい ・ いいえ
		・ 言葉が遅れている、発音がおかしいという心配はありますか	はい ・ いいえ
		・ ひどく乱暴である、ひどく落ち着かず動き回ることがありますか	はい ・ いいえ
		・ 気になるこだわりや行動がありますか	
その他	病気や言葉、その他発達について相談している病院や専門機関はありますか 病名・症状（ ） 病院・機関名（ ）	はい ・ いいえ	
	集団生活を送る上で気になることや、保育士に配慮してほしい点、要望等がありましたらご記入ください。		