

記入日 令和 年 月 日

| | | | |
|------|------|---------------------|-------|
| 保育園名 | かな | 性別 | 男 ・ 女 |
| | 児童氏名 | 愛称 | |
| | 生年月日 | 平成・令和 年 月 日 (歳 か月) | |

児童の健康状況調書 (一時預かり) 非 緊 私

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 | 妊娠 週 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> その他 | <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 身長 | g c m | 現在 | 体重 身長 | kg c m | 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 (アーアー) 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 - () * ひきつけ・けいれんを起こしたことがありますか。 (いいえ ・ はい) ・ 回数 - _____ 回 ・ 時期 - _____ 歳 _____ か月 ・ 原因 - <input type="checkbox"/> 熱 (_____ °C) が 出た 時 に 起 こ る <input type="checkbox"/> 熱 が出 なく て も 起 こ る <input type="checkbox"/> 泣 いた 時 に 起 こ る * 薬の服用はありますか。 (いいえ ・ はい) ・ 1 日 - _____ 回 (朝 ・ 昼 ・ 夕) ・ 理由 - () |

※裏面もごさいます。ご確認ください。

