


# 児童の健康状況調書

氏名	男・女	生年月日	平成 令和	年	月	日生 ( 才)
----	-----	------	----------	---	---	---------

下記の質問事項にお答えください。該当するものを○で囲ってください。

妊娠・出産の状況について					
妊娠中の状態	・健康 ・重症のつわり ・中毒症 ・その他 ( )				
妊娠期間	妊娠 週				
分娩時の状況	・自然分娩 ・吸引 ・帝王切開 ・その他 ( )				
出生時の状態	・特別な所見、処置無し ・早産 ( 週) ・保育器 ( 日) ・仮死 ・酸素使用 ( 日) ・その他 ( )				
出生時	体重	g	現在	体重	kg
	身長	cm		身長	cm

発達・健康の状況について			
視力が気になって受診したことがありますか。	はい・いいえ	定期健診について	
聴力が気になって受診したことがありますか。	はい・いいえ	定期健診を受診していますか	はい・いいえ
今まで健康・発達上のことで、専門機関に相談や通所したことがありますか。	はい・いいえ	受診した医療機関名	
		直近の健診実施日	令和 年 月 日 ( 歳 か月健診)
		健診結果	健康・要観察
<p><b>*「はい」の場合、下記のどの施設ですか。</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・児童相談所 ・療育センター ・マザーズホーム</li> <li>・子育て支援センター ・ひまわり親子教室 ・たんぼほ親子教室</li> <li>・ひよこ教室 ・こども発達相談センター ・保健センター</li> <li>・保健師に相談 ・病院 ( 科)</li> <li>・その他 ( )</li> </ul> <p><b>*どのような相談内容ですか</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>		 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p>「要観察」の場合、指摘事項を詳しくご記入ください。</p> </div>	
<p style="text-align: center;"><b>体質・病気について</b></p>		<p style="text-align: center;"><b>次の項目はそれぞれいつごろからですか。</b></p>	
<p>*よくある症状はありますか。(はい・いいえ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・熱がでやすい ・風邪をひきやすい ・便秘症 ( 日以上)</li> <li>・下痢をしやすい ・吐きやすい ・湿疹</li> <li>・その他 ( )</li> </ul> <p>アレルギー体質 { ・アトピー性皮膚炎 ・ぜんそく ・薬過敏 ・その他 ( ) }</p>		<p style="text-align: center;"><b>予防接種を行っているのはどれですか。</b> ※1回でも接種したことがあるものには○を付けてください</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・四種混合 (三種混合 ・ポリオ) ・BCG</li> <li>・MR (麻しん ・風しん) ・日本脳炎 ・Hib</li> <li>・肺炎球菌 ・水痘 (水ぼうそう) ・B型肝炎</li> <li>・おたふく ・A型肝炎 ・ロタ ・その他 ( )</li> </ul>	
<p>*今までにかかった病気等がありますか。(はい・いいえ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・心臓疾患 ・中耳炎 ・脱臼 ・ヘルニア</li> <li>・その他 ( )</li> </ul>		<p style="text-align: center;"><b>話しはじめはいつからですか。</b> 《例：ママ・プーなど》</p> <p style="text-align: center;">( 才 か月頃 )</p>	
<p>*「ひきつけ」や「けいれん」を起こしたことがありますか。(はい・いいえ)</p> <p>「はい」の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*回数 ( 回 )</li> <li>*時期 ( )</li> <li>*原因 { ・熱 ( °C ) が出た時起こる ・熱が出なくても起こる ・泣いた時起こる</li> </ul>		<p style="text-align: center;"><b>お話ができますか。</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・喃語(アアア)程度 ・単語程度</li> <li>・2語文 ・会話のやりとりができる</li> </ul>	
<p>*入院したことがありますか。(はい・いいえ)</p> <p>「はい」の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*病名 ( )</li> <li>*入院期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 )</li> </ul>		<p>その他特記事項</p>	
<p>*現在、通院していますか。(はい・いいえ)</p> <p>「はい」の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*病名 ( )</li> <li>*通院状況 ( )</li> </ul>			
<p>*薬の服用がありますか。(はい・いいえ)</p> <p>「はい」の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*薬名 ( )</li> <li>*いつから飲んでいますか。( 年 月から)</li> <li>*服用時間帯(1日 回 /朝・昼・夜)</li> </ul>			

