

児童の健康状況調書

氏名	男・女	生年月日	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	年 月 日 (歳 か月健診)
		健診結果	健康・要観察
<p>*「はい」の場合、下記のどの施設ですか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・児童相談所 ・療育センター ・マザーズホーム ・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 ・ひよこ教室 ・こども発達相談センター ・保健センター ・保健師に相談 ・病院(科) ・その他() <p>*どのような相談内容ですか</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;">体質・病気について</p>		<p style="text-align: center;">次の項目はそれぞれいつごろからですか。</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"> ・熱がでやすい ・風邪をひきやすい ・便秘症(日以上) ・下痢をしやすい ・吐きやすい ・湿疹 ・その他() <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;">予防接種を行っているのはどれですか。 ※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"> ・五種混合(三種混合・ポリオ・Hib) ・BCG ・MR(麻しん・風しん) ・日本脳炎 ・肺炎球菌 ・水痘(水ぼうそう) ・B型肝炎 ・おたふく ・ロタ ・その他() 	
<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"> ・心臓疾患 ・中耳炎 ・脱臼 ・ヘルニア ・その他() <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 *回数(回) *時期() *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</p>		<p style="text-align: center;">話しはじめはいつからですか。 《例：ママ・プーなど》</p> <p style="text-align: center;">(才 か月頃)</p> <p>お話ができますか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・喃語(アーアー)程度 ・単語程度 ・2語文 ・会話のやりとりができる 	
<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 *病名() *入院期間(年 月 日～ 年 月 日)</p> <p>*現在、通院していますか。(はい・いいえ)</p> <p>「はい」の場合 *病名() *通院状況()</p> <p>*薬の服用がありますか。(はい・いいえ)</p> <p>「はい」の場合 *薬名() *いつから飲んでいますか。(年 月から) *服用時間帯(1日 回 /朝・昼・夜)</p>		<p>その他特記事項</p>	

