

# 児童の健康状況調書

下記の質問事項にご記入ください。(該当するものを○で囲ってください。)

氏名		男・女		発達・栄養・健康の状況について	
生年月日	平成/令和	年	月	日生	○次の項目はそれぞれいつごろからですか。 ・首がすわる( )か月・あやすと笑う( )か月・寝返り( )か月・お座り( )か月 ・母乳( ~ )か月・混合( ~ )か月 ・はう( )か月・つかまり立ち( )か月・歩く( )か月・おむつがはずれる( )か月・人工( ~ )か月・離乳食開始( ~ )か月
妊娠・出産の状況について				①定期健診を受けていますか。( はい・いいえ ) 指摘事項	
妊娠中の状態	・健康		健診で指摘をうけたことがありますか。( はい・いいえ ) →		
	・重症のつわり ・中毒症		②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 )		
	・その他		③脳力が気になって受診したことがありますか。( はい・いいえ )		
妊娠期間			④(ひきつけ・けいれん)を起こしたことがありますか。( はい・いいえ ) ※「はい」の場合 回数( 回 ) 時期( )		
分娩時の状態	・自然分娩 ・吸引		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		
	・帝王切開		⑤薬の服用がありますか。( あり・なし )		
・その他		※「あり」の場合 ※薬名( ) ※いつから飲んでいきますか。( 年 月~ )		※服用する時間帯 (1日 回 / 朝・昼・夜 )	
出生時の状態	・特別な所見、処置なし		⑥お話ができますか。( はい・いいえ )		
	・早産		※話はじめはいつからですか。( 歳 か月頃 )		
	・保育器		※今の言葉はいかがですか。( はっきりしている・単語程度・2語文 )		
・仮死、酸素使用		⑦予防接種が済んでいるのはどれですか。			
・その他		・四種混合(三種混合・ポリオ) ・BCG ・MR(麻しん・風しん) ・日本脳炎 ・Hib ・肺炎球菌			
出生時の状態	体重		g	⑧体質・病気について	
	身長		cm	※よくある症状はありますか。 ・熱が出やすい ・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	
現在	体重		g	・湿疹 ・アトピー性皮膚炎 ・ぜんそく ・てんかん ・その他( )	
	身長		cm	※今までにかかった病気等がありますか ・心臓疾患 ・中耳炎 ・脱臼 ・ヘルニア ・その他( )	
備考				※入院されたことがありますか。( はい・いいえ ) ・「はい」の場合 (入院期間: 年 月 日~ 年 月 日 病名: )	
				⑨申請されるお子様、又はご家族にアレルギーの方はいますか。( はい・いいえ ) ※申請されるお子様の場合は、どのようなアレルギーですか。( ) ※ご家族の場合は、どなたですか。 ・父 ・母 ・祖父 ・祖母 ・兄 ・姉 ・弟 ・妹 ・その他( )	
				⑩健康・発達面で心配なことがありましたらご記入ください。 <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 50px; margin-top: 5px;"></div>	
				⑪今まで健康・発達上のことで専門機関に相談や通所されたことがありますか。 ※「はい」の場合、下記のどの施設ですか。 ・児童相談所 ・療育センター ・マザーズホーム ・ことばの相談室 ・子育て支援センター ・病院( 科 ) ・ひまわり親子教室 ・たんぼぼ親子教室 ・ひよこ教室 ・子ども発達相談センター ・保健センター ・保健師に相談 ・その他( )	

備考
①
②
③
④
⑤
⑥
⑦
⑧
⑨
⑩
⑪

※裏面の食物アレルギー調書も、忘れずにご記入ください。

# 食物アレルギー調書 (船橋市 休日保育専用)

お子様に食物アレルギーによる食事制限がありますか。  
( はい ・ いいえ )

※「はい」の場合以下の質問にお答えください。

1. どのようなことがあって、いつから食物の制限をするようになりましたか。  
どのようなことがありましたか。

( 例) 卵を食べて、呼吸困難になり、救急車で受診 )

それはいつですか。

( 例) 11か月から。その後一度も卵は、食べていない。 )

2. 現在、食事の制限は医師の判断ですか。(はい・いいえ)

※「はい」の場合

診断名	
病院名	
主治医名	
通院状況	( 週 ・ 月 ・ 年 ) に 回

※「いいえ」の場合は、どなたの判断ですか。

・保護者・その他( )

③症状について

①現在の食事制限はいつからですか。 ( 歳 か月 )  
現在の年齢 ( 歳 か月 )

②食事制限してどの位経過しましたか。

年 か月

③現在の症状をご記入ください。

( 例) ぜん息・特になし等 )

④制限食品を食べた時の症状をご記入ください。

( 例) 特になし・じんましん・下痢等 )

4. ご家族に食物アレルギーの方はいますか。(はい・いいえ)

※それはどなたですか。

父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ 兄 ・ 姉 ・ 妹 ・ 弟 ・ その他( )

原因となる食品は、何ですか。

5. ご家庭で制限食・除去食を行っていますか。( はい ・ いいえ )

※「はい」の場合は、次の質問にお答えください。

①制限・除去食品の種類及び程度をご記入ください。

・卵( 全卵 / 卵黄 / 卵白 ) ・大豆( 完全 / 少量 )

・牛乳(完全/少量) →使用しているミルクはなんですか。( )

・その他 [ ](完全/少量)

[ ](完全/少量)

	軽度 混ぜて使う程度の料理	中度 多量に使用している料理	強度 中心的食材となる料理
使った卵を料理	・フライ ・天ぷら ・かすてら ・ビスケット ・瓦せんべい ・チキンコンソメスープ ・鶏レバー ・砂糖を塗ったせんべい ・その他( )	・鶏肉 ・鶏肉茶碗蒸し ・プリン等 ・その他( )	・生卵 ・卵焼き・オムレツ ・マヨネーズ ・アイスクリーム ・ミルクセーキ ・その他( )
使った牛乳を料理	・カステラ ・ホットケーキ ・ビスケット ・ウェハース ・シャーベット ・瓦せんべい ・インスタントカレー ・から揚げ粉 ・食パン ・その他( )	・牛肉(牛肉を使用した料理) ・バター ・チーズ ・マーガリン ・ショートニング ・グラタン ・ポタージュ ・菓子パン ・クリームシチュー ・プリン ・その他( )	・牛乳 ・コーヒースト ・ヨーグルト ・乳酸菌飲料 ・粉ミルク ・麦芽飲料 ・生クリーム ・アイスクリーム ・ミルクセーキ ・ケーキ ・その他( )
使った大豆を料理	・きなこ ・醤油 ・すまし汁 ・醤油を塗ったせんべい ・豆腐 ・味噌汁 ・味噌漬 ・豆乳 ・さやいんげん ・もやし ・さやえんどう ・枝豆 ・そら豆 ・その他( )	・納豆 ・あんこ ・まんじゅう ・ようかん ・おはぎ ・たいやき ・あんだんご ・小豆 ・ささげ ・その他( )	・大豆油 ・全ての市販の植物油 ・揚げ物(油揚げ等) ・ラーメン ・コーンフレーク ・カレールー ・ポテトチップ ・サラダせんべい ・おから ・その他( )
小麦料理	・醤油 ・焼き肉のたれ ・ポン酢 ・味付けのり ・のり佃煮 ・食酢 ・あめ ・ジャム ・ココア ・チョコボール ・その他( )	・パン粉 ・麦茶 ・カレールー ・クリームシチュー ・クリームスープ ・ビーフシチュー ・その他( )	・小麦粉 ・フライ ・天ぷら ・パン類 ・麺類 ・胚芽ドリンク ・その他( )
その他	・そば ・米 ・ごま ・果物[かんきつ類、メロン、りんご、梨、スイカ、その他( )] ・魚[いわし、あじ、さんま、ぶり、カレイ、タラ、その他( )] ・野菜[ほうれん草、かぶ、人参、大根、ブロッコリー、カリフラワー、ジャガイモ、ネギ、玉ねぎ、トマト、その他( )]		

6. 以前に誤って制限・除去食品を食べってしまったことはありますか。( はい ・ いいえ )

※「はい」の場合

①それはいつですか。 ( 歳 か月 )

②何を食べてしまいましたか。 ( )

③症状はいつ出ましたか。 ( 食べてすぐ ・ 分後 ・ 時間後 )

④どの部分に出て、どのような症状でしたか。  
・じんましん ・発疹 ・チアノーゼ ・ぜんそく ・アナフィラキシー ・その他( )

⑤どのように対処しましたか。  
・薬を塗る ・薬を飲む ・病院に行く ・その他( )

⑥どのくらいで治まりましたか。  
・30分以内 ・1時間以内 ・2時間以内 ・2時間以上( 時間後 ・ 日後 )

児童氏名: \_\_\_\_\_ 生年月日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日