# 児童の健康状況調書

下記の質問事項にご記入ください。（該当するもの全てを○で囲ってください。）

| | | |
|---|---|---|
| 氏名 | 男・女 | |
| 生年月日 | 平成/令和　　年　　月　　日生 | |
| 妊娠・出産の状況について | | |
| 妊娠中の状態 | ・健康<br>・重症のつわり　・中毒症<br>・その他 | |
| 妊娠期間 | | |
| 分娩時の状態 | ・自然分娩　・吸引<br>・帝王切開<br>・その他 | |
| 出生時の状態 | ・特別な所見、処置なし<br>・早産<br>・保育器<br>・仮死、酸素使用<br>・その他 | |
| 出生時の状態 | 体重 | g |
| | 身長 | cm |
| 現在 | 体重 | g<br>kg |
| | 身長 | cm |
| 備考 | | |

## 発達・栄養・健康の状況について

○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

①定期健診を受けていますか。　（　はい　・　いいえ　）　指摘事項
　健診で指摘をうけたことがありますか。　（　はい　・　いいえ　）→

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　）

③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　）

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（　　）
　　原因　・熱（　℃）が出た時起こる　・熱が出なくても起こる　・泣いた時起こる

⑤薬の服用がありますか。　（　あり　・　なし　）
　※「あり」の場合　　※薬名（　　）※いつから飲んでいますか。（　　年　　月～）
　　※服用する時間帯　（1日　　回　／　朝　・　昼　・　夜　）

⑥お話ができますか。　（　はい　・　いいえ　）
　※話はじめはいつからですか。　（　　歳　　か月頃　）
　※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　）

⑦予防接種が済んでいるのはどれですか。
・四種混合　・五種混合（四種＋Hib）　・BCG　・MR（麻しん・風しん）　・日本脳炎　・Hib　・肺炎球菌
・水痘（水ぼうそう）　・B型肝炎　・おたふくかぜ　・A型肝炎　・ロタウイルス　・その他（　　）

⑧体質・病気について
　※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
　・湿疹　・アトピー性皮膚炎　・ぜんそく　・てんかん　・その他（　　）
※今までにかかった病気等はありますか。　・心臓疾患　・中耳炎　・脱臼　・ヘルニア　・その他（　　）
※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。
（　　）

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