健　康　状　況　調　査　書

令和　　年　　月　　日

児童名		平成/令和 年　月　日生	歳　か月	男・女
出産状況	□　自然分娩　□　吸引　□　帝王切開　□その他（　　）			
発達	・首がすわる（　か月）・あやすと笑う（　か月）・はう（　か月） ・寝返り（　か月）・つかまり立ち（　か月）・発語（　か月） ・お座り（　か月）・歩行（　か月）			
健康の状況	・風邪をひきやすい　（はい・いいえ）・熱が出やすい　（はい・いいえ） ・のどがゼイゼイしやすい　（はい・いいえ）・鼻血がでやすい　（はい・いいえ） ・肘や肩がはずれたことがありますか　（はい・いいえ）〔部位　　〕 ・目や耳に関して心配な事がありますか　（はい・いいえ）〔部位　　〕 ・健診・受診で指摘を受けたことがありますか　（はい・いいえ）〔　　〕 ・けいれんをおこしたことがありますか　（はい・いいえ）回数〔　　回〕 （原因）□ 有熱性 □ 無熱性 □ 泣いたときに起こる □ その他（　　） ・なにか飲んでいる薬がありますか　薬品名〔　　〕 ・平熱（　　度）体重（　　）血液型（　型 RH ＋・－）			

今までにかかった病気	病名	年齢	病名	年齢
	気管支喘息		心臓病	
	股関節脱臼		中耳炎	
	ヘルニア		川崎病	
	その他 入院されたことはありますか 病名 年　月　日～　年　月　日			

予防接種				
	□ Ｈｉｂ	□ 肺炎球菌	□ ＢＣＧ	□ 日本脳炎
	ＭＲ（□ 麻疹(はしか)・□ 風疹(三日はしか)混合ワクチン）			
	□ 三種混合	□ 四種混合	ポリオ（□ 生 □不活化）	
	□ 水痘	□ おたふく	□ Ａ型肝炎	□ Ｂ型肝炎
	□ インフルエンザ	□ ロタウイルス	□ その他（　　）	
	特記事項			

・アレルギーが有りますか。□ 有　□ 無　　・医師の診断　□ 有　□ 無

・食物アレルギーが有りますか。□ 有　□ 無
（□ 乳類 □ 卵類 □豆類 □ そば類 □その他（　　））

・症状　（□ 喘息 □ 湿疹 □ じん麻疹 □ 下痢 □ チアノーゼ □その他（　　））

授乳方法	□母乳□ミルク□混合	□乳首（　　）□ヌーク□Ｙカット□その他（　　）
離乳食	□果汁 □スープ □おもゆ □全粥 □５～７倍粥 □軟飯 □ご飯 □裏ごし □すりつぶし □煮つぶし □きざみ １日（　　食）	

健康・発達上で心配なことがありますか