

健康調査票

ふりがな					
幼児氏名	(男 ・ 女)				
生年月日	西暦	年	月	日生	歳 月

出産時の状況について

- ・在胎週数 ()
- ・生下時体重 ()
- ・その他生下時の異常等があればご記入ください。
()

乳児期の発達について

- ・寝返りはいつ頃でしたか (歳 月頃)
- ・這い始めはいつ頃でしたか (歳 月頃)
- ・つかまり立ちはいつ頃でしたか (歳 月頃)
- ・歩き始めはいつ頃でしたか (歳 月頃)
- ・初語を発したのはいつ頃でしたか (歳 月頃)

健康状態について (* をしてください。)

- | | |
|-----------------|------------------------|
| 1. 熱を出しやすい | 10. ヘルニア(脱腸)がある |
| 2. かぜをひきやすい | 11. ひきつけを起こすことがある |
| 3. へんとうせんがはれやすい | 12. ぜんそくが出やすい |
| 4. 便秘をしやすい | 13. 脱臼したことがある |
| 5. 下痢をしやすい | 14. 大きな病気、けがをしたことがある |
| 6. おしっこが近い | 15. 入院したことがある |
| 7. じんましんがやすい | 16. 手術をしたことがある |
| 8. かぶれやすい | 17. アナフィラキシーを起こしたことがある |
| 9. アトピー性ヒフ炎 | |

*健康状態で気を付けていること
()

今までにかかった病気等について (* をしてください。)

- | | | |
|--------------|-----------|---------|
| 1. はしか | 6. 川崎病 | 11. 結核 |
| 2. おたふくかぜ | 7. 百日咳 | 12. 肝臓病 |
| 3. みずぼうそう | 8. 溶連菌感染症 | 13. 腎臓病 |
| 4. 風疹(3日ばしか) | 9. りんご病 | 14. 心臓病 |
| 5. 手足口病 | 10. ぜんそく | 15. 骨折 |

*治療中の病気名(慢性疾患、発作等)
()

生活の状況について

- ・起床時間 ()時ごろ
- ・就寝時間 ()時ごろ
- ・ご家庭でのテレビ・DVD・ゲーム等の視聴時間はどれくらいですか ()時間
- ・休日はどのように過ごされますか()
- ・主にどなたが育児されていますか 父・母・その他()
- ・集団生活の経験はありますか 1. はい 2. いいえ
*はいに をされた方
年 月 ~ 年 月まで
どこで()保育所・幼稚園・その他()

食事について

1. 食事の制限がありますか (ある ・ ない)
*あるに をされた方は、具体的にアレルギー物質をご記入ください。
()
2. アレルギー等によって医師に相談したことがありますか (ある ・ ない)
相談内容 ()
3. 食べ物の好き嫌いはありますか (ある ・ ない)
・好きな食べ物()
・嫌いな食べ物()

排泄について

1. 排便は何回くらいありますか(1日 大便 回・定まっていない)
2. 便の状態はどうか(軟便気味・普通便・硬便気味・便秘気味)
3. おむつをしていますか(していない・している [布おむつ・紙おむつ])
4. 排泄は知らせますか(知らせる [出る前に・出た後で]・知らせない)
5. どのように知らせますか ()
6. 排泄する場所はどこですか(オマル・トイレ[洋式・和式])

その他

1. 平熱 ()
2. 体質的に気になることがありますか
()
3. お子さまの好きな遊びや性格についてご記入ください

[]