

児童健康調査票

記入日：令和 年 月 日		認定番号 (町記入欄)		第 号		
(ふりがな)		家での 呼び名		血液型 RH()		
登録児童氏名						
かかりつけの 医療機関		名称	5	電話番号		
平熱		度 分				
生活 状 況	食事	種類	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 離乳食			
		食欲	<input type="checkbox"/> 旺盛 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> むらがある <input type="checkbox"/> あまりない			
		食事の方法	<input type="checkbox"/> 誰かに食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 少しは一人で食べる (<input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> はし) <input type="checkbox"/> 一人で食べられる (<input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> はし)			
		好き嫌い	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (食べ物：)			
		食物アレルギー	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (除去食品：)			
	排泄	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> トレーニング中 (<input type="checkbox"/> 知らせる <input type="checkbox"/> 知らせない)				
		小便 (<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない) 大便 (<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない)				
	着脱	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 手伝えばできる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できるがしてもらいたがる				
	言葉	<input type="checkbox"/> かたことを話す <input type="checkbox"/> 大人の言うことがある程度理解できる <input type="checkbox"/> 言葉で意思の疎通ができる <input type="checkbox"/> その他 ()				
	就寝時間	時 分 頃				
	起床時間	時 分 頃				
	朝食時間	時 分 頃				
	昼寝	<input type="checkbox"/> している (: ~ :) <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 寝る時のくせ ()				
	遊び	友達と遊んでいるか (<input type="checkbox"/> 遊んでいる <input type="checkbox"/> 一人遊び) 好きな遊び ()				
性格					くせ	
【生活・遊びの面で特に配慮が必要なこと】 【食事で気になっていること】						
健康 状 態	今までにかかった病気・けが	<input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 麻疹(はしか) <input type="checkbox"/> 風疹(三日はしか) <input type="checkbox"/> おたふく <input type="checkbox"/> 突発性湿疹 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 百日せき <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん (<input type="checkbox"/> 1歳前 <input type="checkbox"/> 1歳以後) <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 骨折(場所：) <input type="checkbox"/> その他(傷病名：)				
	今までに受けた予防接種	<input type="checkbox"/> 四種混合 <input type="checkbox"/> 耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) <input type="checkbox"/> ヒブ(Hib) <input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 麻疹(はしか) <input type="checkbox"/> 風疹(三日はしか) <input type="checkbox"/> BCG ※最近の接種(年 月)				
	かかりやすい病気など	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> 便秘をしやすい <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい <input type="checkbox"/> 吐きやすい(の時に) <input type="checkbox"/> 湿疹ができやすい <input type="checkbox"/> じんましんになりやすい <input type="checkbox"/> 鼻血がしやすい <input type="checkbox"/> 関節が外れやすい(部位) <input type="checkbox"/> 熱を出しやすい <input type="checkbox"/> その他()				
	【医師から指導されていること・特に配慮が必要なこと】					
【備考】 (例：脱臼しやすい、骨折しやすい、寝る時のくせなど子どもの気になることや気をつけること)						