

兒童健康調查票

記入日： 年 月 日

認定番号
(市記入欄)

第 号

(ふりがな)				家での呼び名				血液型		型 RH()		
登録児童氏名												
かかりつけの医療機関		名称						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"/> 鼻血ができやすい <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)												