



# 健康調査票

No.1

ひなぎく保育園(一時預かり保育くすのき)

ふりがな	生年月日
お子さんの氏名	平成 年 月 日(第 子)

妊娠中の異常	・ 無 ・ 有 (貧血、妊娠高血圧症候群、その他)	出生時の児の状況	身長	cm
分娩状況	・ 正常 ・ 鉗子 ・ 吸引 ・ 帝王切開		体重	g
在胎期間	週 ( カ月)		頭囲	cm
今までの妊娠・出産について			胸囲	cm
			異常	・ 無 ・ 有
			◆ 有の場合	
			・ 仮死 ・ けいれん	
			・ 黄疸	
			(光線療法 ・ 無 ・ 有 )	
			・ 保育器	

発達状況	・首のすわり	ケ月頃	・目で物を追う	ケ月頃
	・寝返り	ケ月頃	・呼ぶ方に顔を向ける	ケ月頃
	・おすわり	ケ月頃	・あやすと笑う	ケ月頃
	・はいはい	ケ月頃	・人見知り	ケ月頃
	・つかまり立ち	ケ月頃	・物をつかむ	ケ月頃
	・歩行	ケ月頃	・意味のある単語を話す	ケ月頃

健診・検査	3.4ヶ月	異常 無・有( )・未受診	3歳児	異常 無・有( )・未受診
	6.7ヶ月	異常 無・有( )・未受診	先天性異常	異常 無・有( )・未受診
	9.10ヶ月	異常 無・有( )・未受診	神経芽細胞腫	異常 無・有( )・未受診
	1歳6ヶ月	異常 無・有( )・未受診		

体質	・風邪をひきやすい	はい ・ いいえ	・鼻血を出しやすい	はい ・ いいえ
	・のどがはれやすい	はい ・ いいえ	・よく腹痛を訴える	はい ・ いいえ
	・発熱しやすい	はい ・ いいえ	・ぜいぜいしやすい	はい ・ いいえ
	・下痢をしやすい	はい ・ いいえ	・乾燥肌である	はい ・ いいえ
	・便秘をしやすい	はい ・ いいえ	平熱	その他 ℃
	・じんましんがでやすい	はい ・ いいえ		
	・嘔吐しやすい	はい ・ いいえ		

予防接種	BCG	(平成 年 月 日)	Hib	1回目 (平成 年 月 日)	
	四種混合 ジフテリア 百日咳 破傷風 ポリオ	1回目 (平成 年 月 日)		2回目 (平成 年 月 日)	
		2回目 (平成 年 月 日)		3回目 (平成 年 月 日)	
		3回目 (平成 年 月 日)		追加 (平成 年 月 日)	
		追加 (平成 年 月 日)		肺炎球菌	1回目 (平成 年 月 日)
					2回目 (平成 年 月 日)
	日本脳炎	1期 (平成 年 月 日)		3回目 (平成 年 月 日)	
		1期追加 (平成 年 月 日)		追加 (平成 年 月 日)	
		2期 (平成 年 月 日)		水ぼうそう	1回目 (平成 年 月 日)
	麻しん・風しん (MR)	1期 (平成 年 月 日)		2回目 (平成 年 月 日)	
		2期 (平成 年 月 日)		おたふくかぜ	1回目 (平成 年 月 日)
	ロタウイルス	1回目 (平成 年 月 日)		2回目 (平成 年 月 日)	
		2回目 (平成 年 月 日)		B型肝炎	1回目 (平成 年 月 日)
		3回目 (平成 年 月 日)			2回目 (平成 年 月 日)
					3回目 (平成 年 月 日)

既往歴	入院		原因・経過			
	・有・無					
	手術		原因・経過			
	・有・無					
	はしか	無・有	歳 月	手足口病	無・有	歳 月
	みずぼうそう	無・有	歳 月	溶連菌感染症	無・有	歳 月
	風疹	無・有	歳 月	りんご病	無・有	歳 月
	おたふくかぜ	無・有	歳 月	とびひ	無・有	歳 月
	突発性発疹	無・有	歳 月	中耳炎	無・有	歳 月
	百日咳	無・有	歳 月	その他( )	無・有	歳 月
けいれん	発症年齢		歳 月	原因		
	回数		回			
脱臼 (有・無)	発症年齢		歳 月	原因		
	部位・回数		・回			
アレルギー (有・無)	発症年齢		歳 月	原因		
	部位・回数		・回			
アレルギー (有・無)	病名		・アトピー性皮膚炎・鼻炎・喘息・結膜炎			
	原因		・ダニ・ハウスダスト・卵・牛乳・大豆・薬 その他( )			
	症状		・湿疹・鼻水・鼻閉・ゼロゼロ・せき			
	湿疹部位		・頭・顔・首・肩・背部・腹部・肘・膝 その他( )			

※ 一時預り 保育前の 健康診断 (医師記入欄)	○ 血色	( 良 普通 不良 )
	○ 栄養	( 良 普通 不良 )
	○ 発育異常	なし あり ( )
	○ 皮膚異常	なし あり ( )
	○ 斜頸	なし あり ( )
	○ 呼吸異常	なし あり ( )
	○ 心音の異常	なし あり ( )
	○ 腹部の異常	なし あり ( )
	○ ヘルニア	なし あり ( )
	○ 開排制限	なし あり ( )
	○ 筋緊張異常	なし あり ( )
	○ その他	( )
平成 年 月 日 医療機関名・医師		印

記入上の注意

- 1 必要事項を記入するか、または○で囲んでください。
- 2 ※印は医師記入欄ですので、保護者の方は記入しないでください。

～この生活・健康調査の個人情報、一時預り保育をする上で必要です。目的以外には使用しません～