

児童の健康に関する質問票

記入日： 年 月 日

| | | | | | | |
|-------------------|--|---|---|--------------------------------|----|----------------------------|
| ふりがな | | | 性別 | 生年月日 | | 令和3年4月1日 時点での年齢 (歳) |
| 児童氏名 | | | 男・女 | 年 月 日生 | | |
| 生育歴(出生期) | 分娩時の状態 | 分娩週数 週 | <input type="checkbox"/> 正常 | <input type="checkbox"/> 異常() | | |
| (乳児期) | 授乳ほか | 体重 g | <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 人工 <input type="checkbox"/> 混合 | 身長 cm | | |
| | | ※保育園に入園後は、粉ミルクが基本になりますので入園前に慣れさせておいてください。 | | | | |
| | | 離乳食開始 | か月 | 離乳食完了 | か月 | |
| | 発達状態 | 首のすわり | か月 | 寝返り | か月 | おすわり |
| | | ハイハイ | か月 | つかまり立ち | か月 | 歩き始め |
| | | 歯の生え始め | か月 | 言葉の言い始め | か月 | |
| 健康状態 体質・気質等 | <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> 熱を出しやすい <input type="checkbox"/> 発熱を伴うけいれんをおこしたことがある <input type="checkbox"/> 熱のないけいれんをおこしたことがある (発症年齢: 歳 月/回数:) (発症年齢: 歳 月/回数:) <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 便秘しやすい <input type="checkbox"/> 吐きやすい <input type="checkbox"/> 皮膚が弱い <input type="checkbox"/> 湿疹・じんま疹が出やすい <input type="checkbox"/> ゼイゼイしやすい <input type="checkbox"/> 人・場所見知りが多い <input type="checkbox"/> 急に怒りだすことが多い <input type="checkbox"/> 眠りが浅い <input type="checkbox"/> 音や光に敏感である <input type="checkbox"/> 脱臼したことがある(部位:) <input type="checkbox"/> その他持病、病歴、入院歴等() | | | | | |
| 食物アレルギー | <input type="checkbox"/> 離乳食 未開始 【アレルギー用調整粉乳: <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要(品名:)】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり【原因食物: 鶏卵・牛乳・乳製品・小麦・そば・落花生・えび・かに・その他()】 【発症年齢: 歳 月】 【発症時の状況(何をどのくらい食べて、どういう対処をしたのか等)】 [] 【症 状】 <input type="checkbox"/> 皮膚症状(じんま疹・かゆみ・唇の腫れ など) <input type="checkbox"/> 消化器症状(口の中のかゆみ・吐気・嘔吐・腹痛・下痢 など) <input type="checkbox"/> 呼吸器症状(咳・くしゃみ・鼻づまり・鼻水・のどのかゆみ・声がれ・喘鳴・呼吸困難 など) <input type="checkbox"/> 循環器症状(脈が速い・脈が不規則・顔面蒼白 など) <input type="checkbox"/> 神経症状(元気がない・不安・恐怖感・ぐったり・意識がもうろうとする など) 【現在の状況(除去の程度や治療の経過等)】 [] 【給食・離乳食: <input type="checkbox"/> 通常どおり <input type="checkbox"/> 除去が必要()】 【食物・食材を扱う活動: <input type="checkbox"/> 通常どおり <input type="checkbox"/> 配慮が必要()】 アナフィラキシーの既往 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり【発症年齢: 歳 月/対処法: 】 エピペンの処方 処方薬の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり【薬名: 】 | | | | | |
| 健診受診状況 | *受診した健診に☑をつけてください <input type="checkbox"/> 乳児健診 <input type="checkbox"/> 1歳6か月健診 <input type="checkbox"/> 2歳児歯科健診 <input type="checkbox"/> 3歳児健診 <input type="checkbox"/> その他() *健診受診時の指導 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() *事後フォロー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() | | | | | |
| 保育園に伝えて おきたいこと | | | | | | |

| | | | | |
|---------|------------|--|--|----|
| ※面接者記入欄 | | | | 担当 |
| | 面接日: 年 月 日 | | | |