

様式第2号(第5条関係)その1

児 童 健 康 調 査 票
(2 歳 未 満 児 用)

(年 月 日現在)

この調査票は、入所時におけるお子さんの健康状態や生育経過を書いていただき、入所後の養育・保護の参考にするものです。

フリガナ 保護者氏名		電 話 ()	緊 急 時 の 連 絡 先	電 話 ()		
フリガナ 児 童 氏 名		生 年 月 日	年 月 日	性 別	男 ・ 女	
入 所 時 の 同 行 者						

◎ 妊娠から現在までの生育経過について

1. 妊娠中、なにか異常がありましたか。 はい () ・ いいえ
2. 分娩時、なにか異常がありましたか。 はい () ・ いいえ
3. 新生児の時、なにか異常がありましたか。はい () ・ いいえ
4. 哺育状況 母乳栄養 ・ 人工栄養 ・ 混合栄養

◎ 現在の生育状況について

1. 朝は、いつ頃起きますか。 時 分 ごろ
2. ミルクを飲んでいますか。 はい (c c × 回) ・ いいえ
3. 食習慣について

朝 食	昼 食	夕 食
(時 分頃)	(時 分頃)	(時 分頃)
きちんと食べる ・ 食べたり食べなかったりする ・ 食が細い		
好きな食べ物 ()		
嫌いな食べ物 ()		
アレルギーがある場合 ()		
アトピーがある場合 ()		
4. 排便について 規則的 (1日に 回) ・ 不規則
5. 昼寝について する (時から 時頃) ・ しない
6. 寝る時間について 時 分頃
ひとりねる ・ 添い寝する

7. 服薬について 有り・無し
8. 情緒について 強情・泣き虫・神経質・優しい・活発
気が弱い・素直・その他()
9. かかったことのある病気など 麻疹(はしか)・水ぼうそう・風疹
百日咳・おたふくかぜ
10. 予防接種について当てはまるところに○をつけてください。

B C G	未	済
四種混合	未	第1期初回(1回・2回・3回)第1期追加
五種混合	未	第1期初回(1回・2回・3回)第1期追加
MR混合(麻疹・風疹)	未	第1期・第2期
日本脳炎	未	第1期初回(1回・2回)第1期追加
B型肝炎	未	(1回・2回・3回)
おたふくかぜ	未	済

11. 今までにかかった病気や健康上で注意すべきものについて記入してください。
(例: 熱性けいれん、喘息、心臓病、脱臼しやすい等)
必要対処方法があれば記入してください。

12. 施設に対して希望すること

13. かかりつけの医療機関