

健康状態等調査票

※裏面にも記入いただく欄があります。

この調査票は、保育上注意しなければならないことについて事前にお尋ねするものです。
 お子さんの母子健康手帳を参考に該当する項目にチェックを付け、必要事項を記入して下さい。

記載日	入所申込児童氏名(ふりがな)	性別	生年月日	身障手帳等の有無
令和 年 月 日		男・女	平成 年 月 日 令和	無・有
保護者氏名	住 所		日中の連絡先	行政区
父	八幡平市		父	
母			母	
1	出生時の様子	第 子 正常・早産(妊娠 週)・吸引・帝王切開・その他()		
2	出産時等の状況	特になし・仮死・チアノーゼ・保育器・ひきつけ・重病黄疸・その他()		
3	体重	出産時 g	現在 (g ・kg)	
4	健康状態で心配なこと	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (具体的に) <input type="checkbox"/> 言葉や発達のこと、相談をしたり、指導を受けたことがある。 (歳 ヶ月のとき) (場所:) で ()について		
5	入院したこと	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (歳 ヶ月のとき) (傷病名) (医療機関名: 主治医:) (現在の状況: 完治 ・ 治療を続けて(いる ・ いない)) (通院は、 年 ・ 月 ・ 週 回 ・不定期 ())		
6	現在の治療・通院状況 (上記の「入院したこと」へ記載済みのものを除く)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (歳 ヶ月のときから) (傷病名) (医療機関名 主治医) (現在の状況) (通院は、 年 ・ 月 ・ 週 回 ・不定期 ())		
7	服用中の薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (1日 回 ・ 朝 昼 晩) → 薬名() ※保育所への服薬依頼 → <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要		
8	健診を受けたこと	<input type="checkbox"/> 1か月 <input type="checkbox"/> 3~4か月 <input type="checkbox"/> 6~7か月 <input type="checkbox"/> 9~10か月 <input type="checkbox"/> 1歳 <input type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 3歳		
9	医師又は保健師に指導されたこと	健康診断で医師又は保健師に指導されたことが <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (歳 ヶ月健診時) ()について		
10	アレルギー	★食物 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> まだわからない <input type="checkbox"/> 鶏卵 <input type="checkbox"/> 魚卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 米 <input type="checkbox"/> その他() ★食物以外 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (アレルギー名)		
11	けいれん(ひきつけ等)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (病名) 治療を <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている		
12	その他持病等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 発症日 平成 年 月 日(病名) 具体的な症状()		

