

児童健康調査票

○該当する項目に☑及び○印をし、( )に漏れないように記入してください。

○裏面も確認してください。

記 入 日	令和 年 月 日	記 入 者 ( 続 柄 )	( )
ふりがな		性 別	生 年 月 日
児 童 名		男 ・ 女	H ・ R 年 月 日

上記児童について、当てはまる項目に記入または☑を入れてください。

1.	出産時の状況	妊娠期間	週 日	出産時の状況	体重: g	身長: cm	頭囲: cm
		分娩時の様子	正常・早産(妊娠 週)・吸引・帝王切開・その他( )				
		出産時等の状況	正常・仮死・チアノーゼ・保育器・ひきつけ・重病黄疸・その他( )				
2.	今までにかかった事故・病気	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ※あるにチェックした場合、以下の該当する病気・事故にチェックをしてください <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 肘内障(肘が抜ける) <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 目の病気 <input type="checkbox"/> 耳の病気 <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
3.	けいれん	熱性けいれん(ひきつけ)の経験はありますか					
		<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ※あるにチェックした場合、以下の項目に記入してください。 これまでに( )回経験 直近で( )年( )月に発症					
4.	アレルギー	アレルギーはありますか					
		<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> まだ不明 <input type="checkbox"/> ある ※あるにチェックした場合、以下の項目に記入してください。 アレルギー物質について ※入所決定後、所定の様式による医師の指示書を提出してください <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他( ) 症状の詳細 ※具体的に記入してください					
		食物以外にアレルギーはありますか					
		<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ※あるにチェックした場合、該当するアレルギー物質を記入してください					
5.	健診受診状況	1か月健診	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 指摘あり <input type="checkbox"/> 未受診				
		3～5か月健診	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 指摘あり <input type="checkbox"/> 未受診				
		9～11か月健診	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 指摘あり <input type="checkbox"/> 未受診				
		1歳6か月健診	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 指摘あり <input type="checkbox"/> 未受診				
		2歳6か月健診	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 指摘あり <input type="checkbox"/> 未受診				
		3歳6か月健診	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 指摘あり <input type="checkbox"/> 未受診				
		※受診した健診で、医師や保健師等から指摘や指導があった場合はその内容をご記入ください					
6.	相談・指導について	ことばや発達に関して、相談をしたり指導を受けたことがありますか					
		<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある					
		※あるにチェックした場合、以下の項目に記入してください					
		時 期		場 所			
指摘内容							
通っている施設等の有無		<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	施 設 名				
7.	手帳の所持について	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		障がい名:	等級:	
		療育手帳	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		程度:		

裏面もご記入ください

