

## 記入例

## 健康調査票

取扱注意

|     |                |       |                           |
|-----|----------------|-------|---------------------------|
| 記入日 | 令和 8 年 3 月 6 日 | 入所希望月 | 5 月                       |
| 児童名 | 立山 太郎          | 生年月日  | 令和 7 年 5 月 15 日 0 歳 10 ヶ月 |

## ▼児童の状況

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| アレルギー              | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> 不明<br><input checked="" type="checkbox"/> あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 内容: <input type="checkbox"/> 卵 <input checked="" type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> その他( )                                                                                                                    |
| アナフィラキシーの既往        | <input type="checkbox"/> なし<br><input checked="" type="checkbox"/> あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ( 0 歳 10 ヶ月頃)<br>原因 <input checked="" type="checkbox"/> 食べ物( エビ・カニ ) <input type="checkbox"/> 薬 薬品名 ( )<br><input type="checkbox"/> ハチ毒 <input type="checkbox"/> ラテックス(天然ゴム) <input type="checkbox"/> その他<br>エピペン所有: <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし                      |
| けいれん・ひきつけ          | <input type="checkbox"/> なし<br><input checked="" type="checkbox"/> あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 直近( 0 歳 6 ヶ月頃) 発熱 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり( 39. 8℃) ( 2 回 )                                                                                                                                                                                                        |
| 通院・入院歴<br>(風邪等は除く) | <input checked="" type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 病名(<br><上記の病気で><br><input type="checkbox"/> 通院している(していた) < 年 月頃~ 年 月><br><input type="checkbox"/> 入院していた < 年 月頃~ 年 月><br><input type="checkbox"/> 治療中 ( <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 年 回 )<br>次回受診予定日: 年 月 日<br><input type="checkbox"/> 治療終了<br>その後の経過( ) |
| 離乳食                | <input type="checkbox"/> 初期(ヨーグルトのような状態) <input type="checkbox"/> 中期(豆腐くらい) <input checked="" type="checkbox"/> 後期(バナナくらい)<br><input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> 完了                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 食事                 | <input checked="" type="checkbox"/> 大人の助けが必要 <input type="checkbox"/> 一人で食事ができる<br><input checked="" type="checkbox"/> スプーン、フォークが使える <input type="checkbox"/> 箸が使える                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 排せつ                | <input checked="" type="checkbox"/> オムツをしている <input type="checkbox"/> 自分ではできないが知らせる<br><input type="checkbox"/> 小便が一人でできる <input type="checkbox"/> 大便が一人でできる                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 着脱                 | <input checked="" type="checkbox"/> 一人で衣服の着脱ができない <input type="checkbox"/> 大人の助けがあれば自分でしようとする<br><input type="checkbox"/> 一人で衣服の着脱ができる                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 午睡                 | 1日 ( 2 回) 時間 (午前1時間くらい 12:30から15:00くらいで2, 3時間)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 発達状況               | <input checked="" type="checkbox"/> 首すわり <input checked="" type="checkbox"/> おすわり <input checked="" type="checkbox"/> はいはい <input checked="" type="checkbox"/> つかまり立ち <input checked="" type="checkbox"/> ひとり歩き<br><input checked="" type="checkbox"/> 音や声のする方を向く <input checked="" type="checkbox"/> 目(目線)を合わせる <input checked="" type="checkbox"/> あやすと笑う<br><input checked="" type="checkbox"/> 名前を呼ばれたら返事をする(名前を呼ばれたことがわかり反応する)<br><input type="checkbox"/> まだ言葉を発しない <input checked="" type="checkbox"/> 喃語を話す <input checked="" type="checkbox"/> 単語を話す <input type="checkbox"/> 二語文を話す<br><input type="checkbox"/> 会話ができる <input type="checkbox"/> 言葉や動作をまねる <input checked="" type="checkbox"/> 簡単な指示がわかる<br><input type="checkbox"/> 人に触られることや音を嫌がることもある |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| その他                | ※施設入所(園)において心配事などがあればご記入ください。<br>・ソファの上や、階段など気づいたら登ろうとしているので目が離せない。<br>・人見知りで知らない人を見ると泣くので集団でなじめるか心配。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |