

健康調査票

取扱注意

記入日	年	月	日	入所希望月	月
児童名	生年月日			令和 年 月 日	歳 ヶ月

▼児童の状況

アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり	内容: <input type="checkbox"/> 卵 <input 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 <input type="checkbox"/> あり	(歳 ヶ月頃) 原因: 食べ物() <input type="checkbox"/> 薬(薬品名) <input type="checkbox"/> ハチ毒 <input type="checkbox"/> ラテックス(天然ゴム) <input type="checkbox"/> その他 エピペン所有: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
けいれん・ひきつけ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	直近(歳 ヶ月頃) 発熱 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(°C) (回)
通院・入院歴 (風邪等は除く)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	病名() <上記の病気で> <input type="checkbox"/> 通院している(していた) < 年 月頃~ 年 月> <input type="checkbox"/> 入院していた < 年 月頃~ 年 月> <input type="checkbox"/> 治療中 (<input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 年 回) 次回受診予定日: 年 月 日 <input type="checkbox"/> 治療終了 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 type="checkbox"/> 後期(バナナくらい) <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> 完了	
食事	<input type="checkbox"/> 大人の助けが必要 <input type="checkbox"/> 一人で食事ができる <input 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 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 <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 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 <input type="checkbox"/> 一人で衣服の着脱ができる	
午睡	1日 (回) 時間 ()	
発達状況	<input type="checkbox"/> 首すわり <input type="checkbox"/> おすわり <input type="checkbox"/> はいはい <input type="checkbox"/> つかまり立ち <input type="checkbox"/> ひとり歩き <input type="checkbox"/> 音や声のする方を向く <input type="checkbox"/> 目(視線)を合わせる <input type="checkbox"/> あやすと笑う <input 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) <input type="checkbox"/> まだ言葉を発しない <input type="checkbox"/> 喃語を話す <input type="checkbox"/> 単語を話す <input type="checkbox"/> 二語文を話す <input type="checkbox"/> 会話ができる <input type="checkbox"/> 言葉や動作をまねる <input type="checkbox"/> 簡単な指示がわかる <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。	