健　康　状　況　調　査　票

申請児童名		生年月日	H ・ R　　年　　月　　日生

食　　事　　に　　つ　　い　　て				
食物アレルギーはありますか	はい　・　いいえ			
※以下は、上記で『はい』に〇をされた人のみ記入してください。				
病院の受診	かかりつけ病院名			
	検査の有無	有（病院名：　　）　・　無		
	検　査　日	年　月　日	次回受診予定日	年　月　日
	診　断　名	食物アレルギー　・　アナフィラキシー（過去に　有　・　無　） その他（　　）		
アレルギーの原因食品はなんですか	□一次製品のみ　鶏卵 ・ 牛乳 ・ 小麦 ・ 大豆 ・ ピーナッツ ・ 魚卵 □二次製品（　　） □その他（　　）			
家庭で気を付けていることはありますか				
原因食品摂取時の症状について	※摂取した時に出現する可能性のある症状 ショック ・ 咳き込み ・ 呼吸困難 ・ 顔面紅潮 ・ 湿疹 ・ 掻痒感（かゆみ） ・ 下痢 ・ じんましん その他（　　）			

健　　康　　や　　発　　達　　の　　状　　態　　に　　つ　　い　　て			
乳児期の発達状況	首すわり（　　）ヶ月 / 寝返り（　　）ヶ月 / おすわり（　　）ヶ月 はいはい（　　）ヶ月 / つたい歩き（　　）ヶ月 / 歩きはじめ（　　）ヶ月		
	現在の授乳状況	母乳　・　混合　・　人工　・　卒乳済み	
定期健診	受けていますか	はい　・　いいえ	
	指摘を受けたことがありますか	はい（　　）　・　いいえ	
視力や聴力が気になって病院を受診したことはありますか		はい　・　いいえ	
次のうち今までかかったものがありますか	心臓疾患　・　腎疾患　・　肝疾患　・　ぜんそく　・　中耳炎 アトピー性皮膚炎 ・ その他（　　）・ 特になし		
かかりやすい病気などはありますか	はい ・ いいえ	熱が出やすい ・ 風邪をひきやすい ・ 下痢しやすい 脱臼しやすい ・ その他（　　）	
ひきつけやけいれんを起こしたことがありますか	はい ・ いいえ	回数：（　　回）　/　時期：（　　） 原因：熱があるとき（　　℃）　・その他（　　）	
薬の服用がありますか	はい ・ いいえ	病名・薬名（　　） いつ頃から服用していますか（　　年　　月頃から）	
ことばについて	話はじめた時期	才　　か月頃　・　まだ話さない	
	どのくらいお話しますか	喃語（ｱｰｱｰやｱｳｰ）　・　単語（ﾊﾟﾊﾟ・ﾏﾏ・ﾏﾝﾏ）　・　２語文（ﾜﾝﾜﾝきた） 自分の名前や物の名前をかなり言える　・　会話のやりとりができる	
今まで健康や発達上のことで、専門機関に相談や通院・通所されたことがありますか	はい ・ いいえ	児童相談所　・　医療機関［　　］ 鋸南町保健福祉センターすこやか（保健福祉課） その他［　　］	

保育所等に伝えておきたいことやお子さんの健康・発達で気になることがあればご記入ください	