

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○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	<input type="checkbox"/> 一次製品のみ 鶏卵・牛乳・小麦・大豆・ピーナッツ・魚卵 <input type="checkbox"/> 二次製品() <input type="checkbox"/> 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がありますか	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 月頃 ・ まだ話さない			
	どのくらいお話ししますか	喃語(ア-ア-やウ-) ・ 単語(パ°パ°マ°マ°) ・ 2語文(ワ°ワ°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			

今まで健康や発達の上で、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 [] 裾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	
---	--