

健 康 状 況 調 査 票

申請児童名		生年月日	H · M · 年 月 日生
住 所	鋸南町		

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	□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 · 搓痒感 (かゆみ) · 下痢 · じんましん			
	その他()			

緊 急 連 絡 先 に つ い て	
①(連絡先名)	電話番号:
②(連絡先名)	電話番号:
③(連絡先名)	電話番号:

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 / ついた歩き()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
どのくらいお話ししますか	喃語(アーやウ-) · 桙語(ハハ・ママ) · 2語文(ツツンきた)
	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	
---	--