

# 健康状況調査票

申請児童名		生年月日	H・R—	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		<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（ ）						

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 / つたい歩き（ ）ヶ月 / 歩きはじめ（ ）ヶ月	
	現在の授乳状況	母乳 ・ 混合 ・ 大玉 ・ 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 か月頃 ・ まだ話さない
	どのくらいお話しますか	喃語（ア・アやアウー） ・ 単語（ハハ・ママ・ママ） ・ 2語文（ワワノキタ） 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	