

健 康 状 況 調 査 票

申請児童名	生年月日	令和 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ますことはありますか	
---------------------	--

原因食品摂取時の症状について	<p>※摂取した時に出現する可能性のある症状</p> <p>ショック・咳き込み・呼吸困難・顔面紅潮・湿疹・搔痒感(かゆみ) • 下痢・じんましん その他()</p>
----------------	---

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		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		回数: (回) / 時期: () 原因: 熱があるとき(°C) • その他()	
薬の服用がありますか		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(アーハーやウー) • 単語(パパ・ママ・ソソ) • 2語文(ワウキタ) 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		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	