

# 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（ ）	

健康や発達の状況について		
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
次のうち今までな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	話はじめて時期	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-やウー） ・ 単語（パ・パ・マ・マ） ・ 2語文（ワワキタ） 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	