

児 童 健 康 調 査 票

③

年 月 日記入

ふりがな				男・女	生年月日	年 月 日	
子どもの氏名				男・女	生年月日	年 月 日 (年齢 歳 カ月)	
生育歴	妊娠中の病気	なし ・ あり ()					
	出生時の様子	身長	cm	体重	g	泣き方	弱・普通 乳の吸い方 弱・普通
	今までの主な養育者	父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他 ()					
医療歴	継続的に治療中の病気	なし・あり (アトピー性皮膚炎、ぜんそく、心臓疾患など)		医療機関名			
				治療状況	(治療内容、月の通院回数など)		
	使用している薬	なし・あり → (薬の名前 /) 1日 回 (朝・昼・夕)					
	ひきつけ等の状況	なし・あり → <input type="checkbox"/> ひきつけ <input type="checkbox"/> けいれん (初回 年 月 / 歳頃 / 熱 度) <input type="checkbox"/> てんかん (その後 回 / 直近の発症 年 月)					
	使用している薬	なし・あり → (薬の名前 /) 1日 回 (朝・昼・夕)					
	医療機関名						
食物アレルギー	有 無	なし・あり → 初めてわかった時期 (いつ /) (どのように /)					
	原因食品	卵 ・ 乳 ・ 小麦 ・ 大豆 ・ ごま ・ 鶏 ・ 豚 ・ 牛 ・ えび ・ かに ・ 魚 () 野菜 () ・ 果物 () ・ その他 ()					
	家庭での対応	完全除去 ・ 少しは食べている ・ 除去はしていない 具体的に []					
	医師の診断指示	なし ・ あり 主治医 ()	(指示内容・治療状況など)				
	給食等の個別対応	希望する ・ しない	※除去食など、個別対応を希望する場合、医師の指示書が必要となります。				
健康診査の状況	◆健診の状況 (○を付けてください。) 【 母子手帳の面接時確認 あり ・ なし 】						
	・ 1 カ月健診	受けた ・ 受けない (受診場所)		(受診結果)	指導なし ・ あり		
	・ 4 カ月健診	受けた ・ 受けない (受診場所)		(受診結果)	指導なし ・ あり		
	・ 6 カ月健診	受けた ・ 受けない (受診場所)		(受診結果)	指導なし ・ あり		
	・ 1 歳半健診	受けた ・ 受けない (受診場所)		(受診結果)	指導なし ・ あり		
	・ 3 歳児健診	受けた ・ 受けない (受診場所)		(受診結果)	指導なし ・ あり		
	*裏面へ続きます						

健康 診査の 状況	指導ありの場合	カ月健診（ ） ・ 継続中		
		指導の内容		
	機関の紹介	なし		
		あり	<input type="checkbox"/> 保健センターの乳幼児相談 <input type="checkbox"/> 保健センターの発育・発達相談 <input type="checkbox"/> 総合子育て支援センター <input type="checkbox"/> 保育所・幼稚園 <input type="checkbox"/> めだかクラブ <input type="checkbox"/> 青い実学園 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
			なし・あり（ ）	
手帳の有無	なし・あり → 療養手帳 ・ 身体障害者手帳			
発育・ 発達・ 行動	<p>◆行動や発達等で気になるところがありますか。あれば具体的に記入してください。 (身体に関すること、言葉に関すること、目が合わないなど行動に関すること等)</p> <p>◆発達等で相談しているところ なし ・ あり</p> <p>機関名(施設名等)</p> <p>内容等</p>			
	◆気になるところに☑入れてください			
	<input type="checkbox"/> 夜尿 <input type="checkbox"/> 夜泣き <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 指しゃぶり <input type="checkbox"/> 爪噛み <input type="checkbox"/> 発育 <input type="checkbox"/> 言葉 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
生 活	【生活】	◆該当するものに☑入れてください	心配なこと、気を付けていること	
	食 事	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 離乳食 <input type="checkbox"/> 普通食		
	睡 眠	就寝 時頃 ・ 起床 時頃 昼寝 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない		
	排 泄	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> パンツ <input type="checkbox"/> 教える <input type="checkbox"/> 一人でする(排尿 ・ 排便)		
	【遊 び】	◆該当するものに☑入れてください		
遊 び	主に誰と 遊びますか	<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 近所の子 <input type="checkbox"/> 友達 <input type="checkbox"/> 1人 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	遊びに行く ところ	<input type="checkbox"/> 児童館 <input type="checkbox"/> 公園 <input type="checkbox"/> 総合子育て支援センター・プレイス なし・あり→ <input type="checkbox"/> 保育所の園庭開放 <input type="checkbox"/> 友達の家 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	好きな遊び	外ではどんな遊びをしていますか（ ）		
		室内ではどんな遊びをしていますか（ ）		
そ の 他	*自由にお書きください。 (子育ての悩みや心配なこと等)			

◆申込時点の年齢部分まで問いにお答えください。

0歳	・裸にすると手足をよく動かしますか	はい・いいえ・その他()
	・首はすわりましたか	はい・いいえ・その他()
	・声をかけるとそちらへ顔をむけますか	はい・いいえ・その他()
	・寝返りをしますか	はい・いいえ・その他()
	・お座りをしますか	はい・いいえ・その他()
	・はいはいをしますか	はい・いいえ・その他()
	・つかまり立ちをしますか	はい・いいえ・その他()
	・声(あ～、う～)などを発しますか	はい・いいえ・その他()
1歳	・つたい歩きをしますか	はい・いいえ・その他()
	・テレビ等の音楽に合わせて体を動かしますか	はい・いいえ・その他()
	・指さしをしますか	はい・いいえ・その他()
	・1語文(マンマ・ブーブ)などを言いますか	はい・いいえ・その他()
	・おとなの言う簡単な言葉がわかりますか	はい・いいえ・その他()
	・おとなが相手になって遊んであげると喜びますか	はい・いいえ・その他()
	・喃語を発しますか	はい・いいえ・その他()
1歳6カ月	・ひとりで歩きますか	はい・いいえ・その他()
	・コップを持って水を飲むことができますか	はい・いいえ・その他()
	・言葉をいくつか話しますか	はい・いいえ・その他()
	・名前を呼ばれて返事ができますか	はい・いいえ・その他()
	・絵本を見て動物等の名前を聞くとそれをさしますか	はい・いいえ・その他()
	・おとなの簡単な指示がわかりますか	はい・いいえ・その他()
	・他の子どもに関心を持ちますか	はい・いいえ・その他()
2歳	・走ることができますか	はい・いいえ・その他()
	・階段を登ることができますか	はい・いいえ・その他()
	・スプーンを使って自分で食べますか	はい・いいえ・その他()
	・友達と触れ合うことは好きですか	はい・いいえ・その他()
	・おとなのしぐさをまねしますか	はい・いいえ・その他()
	・2語文(ワンワンキタ・マンマチョウダイ)などを言いますか	はい・いいえ・その他()
3歳	・手を使わずにひとりで階段を登れますか	はい・いいえ・その他()
	・クレヨン等で丸(○)を書きますか	はい・いいえ・その他()
	・衣服の脱ぎ着をひとりでしがりますか	はい・いいえ・その他()
	・自分の名前を言えますか	はい・いいえ・その他()
	・大小便を教えますか	はい・いいえ・その他()
4歳	・階段の2・3段の高さから飛び降りたりしますか	はい・いいえ・その他()
	・片足でケンケンをしてとびますか	はい・いいえ・その他()
	・友達と一緒に遊びますか	はい・いいえ・その他()
	・おしっこをひとりでしますか	はい・いいえ・その他()
	・衣服の脱ぎ着をひとりでしますか	はい・いいえ・その他()
5歳	・作ったり、書いたりして遊びますか	はい・いいえ・その他()
	・大便をひとりでしますか	はい・いいえ・その他()
	・色(赤・黄・緑・青)がわかりますか	はい・いいえ・その他()
	・人の話を聞くことができますか	はい・いいえ・その他()
	・思ったことや自分のしたいことが話せますか	はい・いいえ・その他()
	・友達と仲良く遊べますか	はい・いいえ・その他()