

# 乳幼児の健康調査

連絡先：住 所

TEL ( )

面接日：令和 年 月 日

氏 名		平成 年 月 日 ( 歳 カ月)		第 子		
出 産 歴	妊娠中異常がありましたか。(有 ・ 無)		重いつわり・貧血・切迫流産 ( 週)・切迫早産 ( 週)			
	・妊娠中毒症(蛋白尿・高血圧・浮腫)・その他 ( )					
	妊娠期間 妊娠 ( 週) ・ 分娩時間 ( 時間)					
	分娩中異常がありましたか。(有 ・ 無)					
	早産 ( 週) ・ 予定日超過 ( 週) ・ 陣痛微弱・前期破水・前置胎盤・異常出血 ( )		吸引分娩・骨盤位・帝王切開・誘発分娩・臍帯巻絡・その他 ( )			
産 歴	正 常 ・ 異 常					
	身長	cm	体重	g	頭血腫 ・ 哺乳力が弱い ・ ファノーゼ ・ けいれん ・ 高熱	
	頭 囲	cm	胸 囲	cm	股関節開排制限 ・ 泣き方が弱い ・ 吐乳 ・ 出血	
	先天性代謝異常 正常 ・ 異常		黄疸	無・普通・強	光線治療	生後 日より 時間
	出産した病院名 ( )		その他			
栄 養 方 法	お乳をよく飲みますか。(よく飲む ・ 普通 ・ あまり飲まない)					
	母乳 ・ 混合 ・ ミルク		授乳回数・量	時間毎 回 (1回量 cc)		
	吐 乳	吐きやすい ・ ゲップがでにくい				
	離 乳	開始 カ月頃 ・ 終了 カ月頃				
	食 事	よく食べる ・ 普通 ・ 少量 ・ 好き嫌が多い ( )				
発 歴	睡 眠	よく寝る・あまり寝ない・夜泣き	寝る姿勢		睡眠時間	時間
	便の状態	硬い・普通・柔らかい・下痢・便秘・薬等の使用		回数	回/1日	
	育 達 状 況	目で物を追う	( ヶ月頃)	寝返り	( ヶ月頃)	人見知りをする
あやすと笑う		( ヶ月頃)	お座り	( ヶ月頃)	つかまり立ち	( ヶ月頃)
首のすわり		( ヶ月頃)	はいはい	( ヶ月頃)	話し始め(ブーブー等)	( ヶ月頃)
呼ぶ方に顔を向ける		( ヶ月頃)	物をつかむ	( ヶ月頃)	歩 行	( ヶ月頃)
・歩行が遅れぎみである(1歳6ヶ月以上)		( ある ・ ない )				
・言葉の遅れが少しある		( ある ・ ない )				
・多動ぎみである(視線が合わない)		( ある ・ ない )				
・簡単な指示に従うことができる		( はい ・ いいえ )				
上記の発達状況で「ある」または「いいえ」と答えた場合						
・いつ頃から気がつきましたか		( 歳	カ月頃)			
・どなたに言われましたか		( )				
・定期的に指導を受けましたか		(機関名				
・その他						

起こしやすい病気	<ul style="list-style-type: none"> <li>・熱を出しやすい ・風邪をひくとゼーゼーする ・皮膚が弱い ・吐きやすい</li> <li>・鼻炎 ・下痢をしやすい ・便秘しやすい</li> <li>・肘関節がはずれやすい ・じん麻疹ができやすい</li> <li>・鼻血がでやすい</li> <li>・アレルギーがありますか (はい いいえ) ある場合は何アレルギーですか</li> </ul>
今までにかかった病気	<ul style="list-style-type: none"> <li>・心臓病 ・川崎病 ・腎臓疾患 ・肝臓病 ・肺炎 ・喘息</li> <li>・ひきつけ、けいれん (ある なし) <u>いつ頃</u> _____</li> <li>・病気や事故による入院 (ある なし) <u>病 名</u> <u>いつ頃</u></li> <li>・現在、治療中の病気はありますか (はい いいえ)</li> <li>・ご家族で病気の方はいますか (はい いいえ)</li> </ul>

現在の体重・身長	体重            k g      身長            c m	平熱	度
----------	--	----	---

保育園入園にあたり気になることがありましたら、記入してください。

備 考
-----

# 健 康 記 録

ふりがな		男・女	年	月	日	生
児童名						

	病 名	罹患 年 月
今 ま で に か か っ た 病 気	麻 疹(はしか)	
	水 痘(水ぼうそう)	
	風疹(三日はしか)	
	百日咳	
	流行性耳下腺炎	
	咽頭結膜炎	
	溶連菌感染症	
	りんご病	
	手足口病	
	ヘルパンギーナ	
	川崎病	
	RSウイルス	
	マイコプラズマ肺炎	
	インフルエンザ	
	新型コロナウイルス感染症	
	ヒトメタニューモウイルス感染症	
	突発性発疹	
	心臓病	
腎臓病		

健 診	1歳6ヶ月健康診査	
	3歳健康診査	

疾 患	ひきつけ		有 ・ 無
	肘がはずれる		有 ・ 無
	アレルギー疾患	アトピー性皮膚炎	有 ・ 無
		喘息	有 ・ 無
		鼻炎	有 ・ 無
		結膜炎	有 ・ 無
	その他のアレルギー(動物・食物)		

備考欄

	予防接種の種類		接種 年 月 日	
予 防 接 種	インフルエンザ 菌b型 (Hib) Haemophilus influenza type b	1回		
		2回		
		3回		
		追加		
	小児肺炎球菌 Streptococcus pneumoniae	1回		
		2回		
		3回		
		追加		
	B型肝炎 Viral Hepatitis type B	1回		
		2回		
		3回		
	ロタウイルス Rotavirus ※5価経口弱毒性ロ タウイルスワクチン のみ3回目を接種	1回		
		2回		
		3回		
	ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ Diphtheria・Pertussis・Tetanus・Polio			
	第1期 初回	1回		
		2回		
		3回		
第1期追加				
BCG				
麻疹 Measles 風疹 Rubella	第1期			
	第2期			
水痘 Varicella	第1期			
	第2期			
日本脳炎 Japanese Encephalitis				
第1期初回	1回			
	2回			
第1期追加				
おたふくかぜ Mumps				
イン フル エン ザ	0歳児 クラス			
	1歳児 クラス			
	2歳児 クラス			
	3歳児 クラス			
	4歳児 クラス			
	5歳児 クラス			