

乳幼児の健康調査

面接日: 令和 年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日			第 子
氏名			令和	年	月 日	

【出産時の状況】					
分娩時の状況			妊娠数週 :	週	日
正常	帝王切開	吸引	仮死	出生時の体重 :	g 身長: cm
出生時の異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (診断名 _____)					

【授乳・食事の状況について】					
授乳状況	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・人工乳	
授乳回数・量 :	時間毎	(1回量	cc)		
吐乳 : なし・吐きやすい・ゲップがでにくい					
離乳食	開始時期 :	か月	終了時期	か月	授乳の終了
食事	よく食べる・普通・少量・好き嫌が多い (_____)				

【発達の状況】					
以下の項目について(_____)に記入してください					
首のすわり (_____ 月)	あやすと笑う (_____ 月)	呼ぶほうに顔を向ける (_____ 月)			
寝返り (_____ 月)	お座り (_____ 月)	物をつかむ (_____ 月)			
はいはい (_____ 月)	つかまり立ち (_____ 月)				
バイバイ・こんにちはなどの身振り (_____ 月)	大人の言う簡単なことばがわかる (_____ 月)				
ひとり歩きをする (_____ 月)	ママ、ブーブなど意味のある言葉を話す (_____ 月)				
言葉の遅れが少しある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	簡単な指示に従うことができる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
歩行が遅れぎみである(1歳6か月以上)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	多動ぎみである(視線があわない)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
いつ頃、気がつきましたか(_____)	どなたに言われましたか(_____)				
言葉や発達について相談している病院や施設がありますか					
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (施設名 _____)	通所間隔 (_____)				
療育手帳はお持ちですか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					

●健康診査の結果に○をつけて下さい							
健康診査	3~4か月	6~7か月	9~10か月	1歳6か月	2歳児	3歳児	4歳児
結果	健康・要観察 未受診						
要観察の場合 : その内容(_____)							
受診 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (受診病院: _____) 受診状況 (_____)							

【健康状況】					
今までにかかったかかった病気(先天性の病気含む)・大きな怪我はありますか					
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓病・肝炎等 <input type="checkbox"/> 肘内障 <input type="checkbox"/> その他					
診断名			発症年齢		
現在の状況 治癒・通院継続・経過観察 (_____)					
使用薬剤 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬剤名(_____) 通院施設名 (_____)					

けいれんについて			
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	初回発症日	年 月 日
回数	回	発熱 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(発熱	°C) 最終発症日 年 年 日
		°C) <input type="checkbox"/> 泣いた時に起こる	
現在の状況 ()			
アレルギーについて			
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		症状()	
アレルギーの種類 : 食物(食品名 ()) ・アトピー性皮膚炎・気管支喘息・その他()			
使用薬剤 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		(薬品名 ()) 通院施設名 ()	
ショック症状を起こしたことはありますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (発症日 年 月 日)			
耳の聞こえに問題がありますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		: 受診 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 診察結果()	
眼の見え方に問題がありますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		: 受診 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 診察結果()	
睡眠状況	(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)	薬剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(薬品名 ())
現在の身長	cm	・ 体重	kg 普段の体温 °C
ご家族で病気(肝炎・アレルギー等)の方はいらっしゃいますか			
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	病名()	続柄()
保育園入園にあたり気になることがありましたら、ご記入してください			

- ・お子さんの健康状態を確認するため、最新の健康診査の受診結果が記録された母子手帳のコピーをさせていただきます
- ・定期的な健康診査未受診の場合は、早めの受診をおすすめします