

児童の心身発育状況調査票

面接日： 月 日	<input type="checkbox"/> 保健師面接済
月 日	<input type="checkbox"/> 栄養士面接済

児童氏名： _____
 生年月日： 年 月 日

出生の 在胎週数： 週 日
 状況 体重： g

健診の実施状況（済んでいるものに☑）

<input type="checkbox"/> 1か月児健康診査
<input type="checkbox"/> 乳児健康診査（4～6か月児）
<input type="checkbox"/> 9か月児健康相談
<input type="checkbox"/> 1歳6か月児健康診査
<input type="checkbox"/> 2歳児歯科健康診査
<input type="checkbox"/> 3歳児健康診査
<input type="checkbox"/> 5歳児（年中児）健康相談
<input type="checkbox"/> その他（ ）

予防接種の実施状況（定期接種）

<input type="checkbox"/> インフルエンザ菌 b 型（Hib）	
<input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌	<input type="checkbox"/> B型肝炎
<input type="checkbox"/> □タウウイルス	<input type="checkbox"/> 四種混合（DPT-IPV）
<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> 麻しん・風疹（MR）
<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> 日本脳炎
【任意接種】	
<input type="checkbox"/> おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> インフルエンザ
<input type="checkbox"/> その他（ ）	

※健診で助言を受けたことがある場合は内容を記入してください

--

食物アレルギー	ある場合は以下も☑し、ご記入ください
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	●アレルギーの原因 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 甲殻類 <input type="checkbox"/> その他（ ） ●医師の指導 <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている（医療機関： ） ⇨指示内容 <input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> その他 ⇨処方薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> エピペン） ●アナフィラキシーショックを起こしたこと <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 歳 か月頃）
持病やその他	ある場合以下も☑し、通院している場合は医療機関もご記入ください
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> その他（ ） ●定期通院 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある（医療機関： ） ●発症時期と経過（ ） ●集団生活で保育をするにあたって何か対応が必要なことはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（具体的に： ）
手帳等の有無	ある場合は以下も☑し、ご記入ください
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 身体障害手帳 等級（ 級）障害の種類（ ） <input type="checkbox"/> 療育手帳 （ <input type="checkbox"/> A 1 <input type="checkbox"/> A 2 <input type="checkbox"/> B 1 <input type="checkbox"/> B 2） ※特別児童扶養手当の受給⇨ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 通所受給者証 施設名（ ） 通園頻度（ ）
お子さんの 気になること	<input type="checkbox"/> 落ち着きがない（具体的に： ） <input type="checkbox"/> こだわりが強い（具体的に： ） <input type="checkbox"/> 目が合っていないように感じる <input type="checkbox"/> あまり笑わないように感じる <input type="checkbox"/> 気になるくせや行動などがある（具体的に： ） <input type="checkbox"/> 気に入らないことがあるとかんしゃく・パニックを起こしやすい <input type="checkbox"/> その他気になる点（ ）

