

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☑）

予防接種の実施状況（定期接種）

<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（ ）

<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"/> ヘルペスウイルス	<input type="checkbox"/> 四種混合（DPT-IPV）
<input type="checkbox"/> 麻しん・風疹（MR）	<input type="checkbox"/> 日本脳炎
<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> その他（ ）

母子健康手帳で、健診・予防接種の状況の確認をお願いします。

※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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
手帳等の有無	ある場合は以下も
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 身体障害手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 ※特別児童扶養手当の受給⇨ <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 <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（ ）

食物アレルギー、心身の発達等、面接の時に必ず確認をお願いします。全体的な発達の遅れや配慮の必要な病気等があった場合は、こども課に伝達してください。

