|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **児　童　の　健　康　調　査** | | | | |
| **児童氏名** | **ふりがな** | **年　　月　　日　生** | **※児童番号**  **（市使用欄）** |  |
|  |

**【裏面に続きますので忘れずに記載してください】**

|  |
| --- |
| * **次の項目の中で、 かかりやすい症状（病気）等はありますか　　（ いいえ ・ はい ）**   （はいの場合）  **□** 風邪をひきやすい　**□** 熱がでやすい　　**□** 吐きやすい　　　　**□** 湿疹がでやすい  **□** 便秘がち　　　　　**□** 下痢をしやすい　**□** ぜんそくをおこしやすい  **□** その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  **○　ひきつけ・けいれんをおこしたことはありますか　　（ いいえ ・ はい ）**  　　（はいの場合）   1. 熱のあるとき（　　　　　度）・ない時の様子（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） 2. いつ頃（　　　　　　　　　　　　　）何分くらい（　　　　　　） 3. どの程度（月　　　　　回、年　　　　　回）   　　　④薬を飲んでいますか　□いいえ　　□ はい ⇒（　□朝　　□昼　　□夕　　□寝る前）  **○　目つきや見え方、耳の聞こえについて、気になることはありますか　（ いいえ ・ はい ）**  （はいの場合）  どんなことですか　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・病院にかかったことがありますか　**（ いいえ ・ はい ）**  （はいの場合）  いつ頃（　　　　　　　　）医師の診断（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **○ 食物アレルギーはありますか　　　　（ いいえ・　はい ・　離乳食前で不明　）**  （はいの場合）  　　□　卵　□牛乳　□小麦　□大豆　□ソバ　□エビ・カニ　□その他（　　　　　　　　　　　　）  ①食事の制限はしていますか　**（　いいえ　・　はい　）**  （はいの場合）   1. いつ頃から（　　　歳　　　ヶ月頃）   ②どなたの判断ですか（ 　医師　・　保護者　・　その他　（　　　　　　　　　　））  ②アナフィラキシー・ショックを起こしたことはありますか　**（　いいえ　・　はい　）**  　（はいの場合）  　エピペンを持っていますか　**（　いいえ　・　はい　）**   * **宗教上食べられない食べ物等はありますか　　（　いいえ　・　はい　）**   （はいの場合）  □牛肉　　□豚肉　　□アルコール類（みりん等）　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　）  （詳細）  **・**牛肉や豚肉等のエキス　（　可　・　不可　）  　 　【自由記入欄】 |
| **○ ことばについて　　＊申込時点の様子でチェックしてください。**  □「バブバブ」「ダアダア」などの声をだす  　　　□パパ、ママ、マンマなどが言える  　　　□「ワンワンきた」など、２語文を話す  　　　□自分の名前や物の名前を言うことができる  　　　□同年齢の子どもとお話しできる  　　　□自分が経験したことをお父さんやお母さんに話す  　　　□はっきりした発音で話せる |
| **○　次の病気等のうち、今までにかかったものはありますか　　　　（ いいえ ・ はい ）**  □心臓疾患　　□腎疾患　　□肝疾患　　□肺疾患　　□消化器系疾患　　□股関節  　　□その他　　（ 　　　　　　　　　　　　 ）  　・上記の病気等について   1. いつ頃ですか（　　　　歳　　　ヶ月頃）・病名（　　　　　　　　　　　　　 　　） 2. 入院したことはありますか　**（ いいえ ・ はい ）**   ＊はいの場合　(病院名)　　　　　　　　　　　（入院期間）　　年　月　日から　年　月　日   1. 現在の状況　（治癒　・　経過観察　・　治療中）   ＊治療中の方は、現在の状況を詳しく書いてください |
| **○ 薬の服用がありますか　　　（ いいえ ・ はい ）**  　（はいの場合）   1. 薬名（　　　　　　　　　　）、服用理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） 2. いつ頃から（　　　　歳　　　ヶ月頃） 3. 服用する時間帯　（1日　　　回／ 朝 ・ 昼 ・ 晩 ） 4. 服用の際の注意点（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| **○ 今までに心身の発達や健康のことで専門機関に相談したことがありますか　　（ いいえ ・ はい ）**  　（はいの場合）   1. 相談機関名（　　　　　　　　　　　 　　　　　　）、いつ頃（　　　歳　　　ヶ月頃） 2. 相談結果　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **○障害者手帳または療育手帳について**  ・お子さんは、障害者手帳または療育手帳をお持ちですか　　**（ いいえ ・ はい ）**  　　（障害者手帳　　　種　　級・療育手帳　　　　程度・その他　　　　　　　　　　　　　）  ・同居のご家族で、障害者手帳または療育手帳をお持ちの方はいらっしゃいますか**（ いいえ ・ はい ）**  続柄　（　　　　）　（障害者手帳　　　種　　級・療育手帳　　　程度・その他　　　　　　　　　　） |
| * **健康や発達面で心配なこと、保育にあたり注意してほしいことがありましたら記入してください。** |