

こどもの健康・育ち調査票

令和 年(西暦20) 月 日

ふりがな		男・女	令和 年(西暦20)	現在
児童名		第 子	月 日生まれ	満 歳 か月
出生時の状況	・出生時の状況 体重 ()g ・身長 ()cm ・出生時、診断を受けた病名・障害名等があればご記入ください ()			
出生後の状況	・首のすわり ()か月 ・寝返り ()か月 ・おすわり ()か月 ・はいはい ()か月 ・歩行 ()か月			
既往歴	・食物アレルギー 無 ・ わからない ・ 有 (食品名 :) ・食物以外のアレルギー 無 ・ わからない ・ 有 (アレルゲン名 :) ・医師の指示による除去食品 無 ・ 有 (食品名 :) ・宗教的に食べられない物 無 ・ 有 (食品名 :) * 入園までに何か変化がありましたら、速やかにご連絡ください。			
	脱臼	熱性けいれん		アナフィラキシー
	無 ・ 有	無 ・ 有		起きた原因 ()
	直近の発生日 (年 月)	起こした回数 (回)	直近の発生日 (年 月)	直近の発生日 (年 月)
	はしか	水ぼうそう	風しん	ぜんそく
	歳	歳	歳	歳
	心疾患 ひきつけ おたふくかぜ 保育所等での与薬の必要性 無 ・ 有 (薬品名 :)			
予防接種	(時期が到来したものは全て接種済み ・ 一部接種済み ・ 全て未接種)			
発育の状況	該当する項目に☑を入れてください。			
	0~2歳児		3~5歳児	
	<input type="checkbox"/> 名前を呼ぶと振り向く <input type="checkbox"/> 単語 ・ 2語文を話せる <input type="checkbox"/> 一人で歩く <input type="checkbox"/> トイレを知らせる <input type="checkbox"/> 身近な人に甘えたり、スキンシップを嫌がらない <input type="checkbox"/> してほしいことや要求を、指さしやしぐさや言葉で知らせることができる <input type="checkbox"/> 制止されると、やめたり止まったりできる		<input type="checkbox"/> 自分の名前がフルネームで言える <input type="checkbox"/> 名前を呼ぶと振り向いて呼んだ人を見る <input type="checkbox"/> 簡単な会話ができる <input type="checkbox"/> 走ることができる <input type="checkbox"/> 自分で排泄ができる <input type="checkbox"/> 身近な大人に甘えたり頼ったりする <input type="checkbox"/> してほしいことや要求を伝えることができる <input type="checkbox"/> 制止されると、やめたり止まったりできる	
健診の状況	4か月健診 (受診 ・ 未受診) 1歳6か月健診 (受診 ・ 未受診) 3歳6か月健診 (受診 ・ 未受診) ・健診や医療機関等でアドバイスや指導を受けられましたか <input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 言葉の遅れ <input type="checkbox"/> 落ち着きのなさ(多動・衝動性) <input type="checkbox"/> 理解面での指摘 <input type="checkbox"/> 対人面での指摘 <input type="checkbox"/> いいえ → <input type="checkbox"/> こだわりがある <input type="checkbox"/> 体重の指摘 <input type="checkbox"/> 運動面の遅れ <input type="checkbox"/> その他() ・医療機関の受診や、すこやかルーム、約束クリニック、くまさん親子教室、つくし園等の利用はありますか <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 利用予定(利用施設:機関名:) →利用頻度(回 / 週 ・ 月) <input type="checkbox"/> 過去に受診・利用したが今はない(利用施設・機関名:) →受診や利用をやめた理由() <input type="checkbox"/> ない			
手帳等の状況	※健診の結果等について、市役所内や各施設と情報交流することをご理解・ご了承ください。 ・障害者手帳や受給者証の有無について ・身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中 ・療育手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中 ・精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中 ・障害福祉サービス受給者証 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中 ・特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中 } 手帳・受給者証をお持ちの場合は 写しをご提出ください			
健康状態・発達について	・その他、気になっていることや伝えたいことがあれば具体的に記入してください。			

⇒続いて裏面もご記入ください。