

大船渡市 健康調査票

この調査票は、保育上注意しなければならないことについて事前にお尋ねするものです。
該当する項目にチェックを付けるか、必要事項を記入してください。
下記の欄に記入しきれない事項がありましたら、裏面もご利用ください。

ふりがな			記入年月日	令和 年 月 日	
児童氏名					
生年月日	令和 年 月 日		年 齢	(歳 か月)	
現在の状態	体重	() k g	身長	() c m	
健康診断受診の状況	1か月児健診		☐ 健康 ☐ 要観察 ☐ 未受診		
	4か月児健診		☐ 健康 ☐ 要観察 ☐ 未受診		
	10か月児健診		☐ 健康 ☐ 要観察 ☐ 未受診		
	1歳6か月児健診		☐ 健康 ☐ 要観察 ☐ 未受診 ☐ 要精査		
	2歳6か月児歯科健診		☐ 健康 ☐ 要観察 ☐ 未受診		
	3歳児健診		☐ 健康 ☐ 要観察 ☐ 未受診 ☐ 要精査		
	5歳児健診		☐ 健康 ☐ 要観察 ☐ 未受診		
	要観察、要精査となった内容を記載				
過去に入院したこと	☐ 無 ☐ 有 (歳 か月のとき) 病名等 ()				
	治療を続けて ☐ いない ☐ いる 医療機関名 ()				
	通院は ☐ 年 ☐ 月 ☐ 週 () 回 ☐ 不定期				
現在の治療・通院	☐ 無 ☐ 有 病名等 ()				
	治療を続けて ☐ いない ☐ いる 医療機関名 ()				
	通院は ☐ 年 ☐ 月 ☐ 週 () 回 ☐ 不定期				
アレルギー	☐ まだわからない ☐ 無 ☐ 有 (下記へ)			検査 ☐ 受けた ☐ 受けていない	
	☐ 鶏卵 ☐ 小麦 ☐ 牛乳 ☐ 大豆 ☐ ピーナッツ ☐ その他 ()				
	アナフィラキシー ☐ 無 ☐ 有			除去食 ☐ 不要 ☐ 必要	
服薬中の薬	☐ 無 ☐ 有 ☐ 朝 ☐ 昼 ☐ 夕 薬名 ()				
	園への投薬依頼 ☐ 不要 ☐ 必要				
病気・症状について	☐ 熱を出しやすい ☐ ぜいぜいしやすい ☐ 下痢をしやすい ☐ 風邪をひきやすい				
	☐ 脱臼しやすい (箇所:) ☐ けいれん ☐ ひきつけ ☐ ぜん息				
	☐ アトピー ☐ その他 ()				
特別の配慮	特別児童扶養手当を受給している ☐ はい ☐ いいえ				
	療育手帳または身体障害者手帳を持っている ☐ はい ☐ いいえ				
	言葉や発達のことで、相談をしたり、指導を受けたことがある ☐ はい ☐ いいえ				
	()歳()か月のころ 相談機関名 ()				
	相談内容と結果()				
	ひまわり教室に通っている ☐ はい ☐ いいえ				
伝えておきたいこと	医療的ケアの要否 ☐ 不要 ☐ 必要 医療的ケアの種類()				
	※医療的ケアとは経管栄養(経鼻・胃ろう)、導尿、インスリン注射など、日常的に医療行為を必要とする場合をいいます。				
伝えておきたいこと	自由記載(保護者の方の体調等についてでも結構です)				

教育・保育施設へ、この情報を提供することに同意します。

保護者氏名

裏面（表面に書ききれない事項等ありましたら記入してください）