

【健康調査票】

お子さんの健康について、母子手帳を参考に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下さい。

氏名	(フリガナ)		生年月日	H・R	年	月	日	性別	男・女
妊娠中の状況	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ( )								
出産時の状況	妊娠 週 日 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ( ) 体重 ( g ) 身長 ( cm ) 胸囲 ( cm ) 頭囲 ( cm )								
生後からの発達状況	・首のすわり か月頃 ・寝返り か月頃 ・お座り か月頃 ・ハイハイ か月頃 ・つかまり立ち か月頃 ・伝い歩き か月頃 ・歩きはじめ か月頃 <input type="checkbox"/> 音がする方を見る・名前を呼ぶと振り向く <input type="checkbox"/> あやすと笑う <input type="checkbox"/> 人見知りをする <input type="checkbox"/> 周囲の人や物に関心を示す <input type="checkbox"/> 動くものを目で追う様な仕草がある								
市の健診の状況	<input type="checkbox"/> 4か月健診 <input type="checkbox"/> 10か月健診 <input type="checkbox"/> 1歳半健診 <input type="checkbox"/> 3歳児健診 結果 異常なし・異常あり ( )								
病気・発達等で相談している機関	<input type="checkbox"/> 健康福祉センター <input type="checkbox"/> 療育相談 <input type="checkbox"/> 言葉の教室 <input type="checkbox"/> 教育センター <input type="checkbox"/> 病院 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )								
アレルギーについて	食物： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 鶏卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ) その他のアレルギー ( <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> その他 ( ) )								
現在の体調	<input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> 熱が出やすい <input type="checkbox"/> 吐きやすい <input type="checkbox"/> 下痢になりやすい <input type="checkbox"/> ゼイゼイしやすい <input type="checkbox"/> 鼻血が出やすい <input type="checkbox"/> 脱臼しやすい ( ) <input type="checkbox"/> 口内炎ができやすい <input type="checkbox"/> 扁桃腺が腫れやすい <input type="checkbox"/> 湿疹ができやすい <input type="checkbox"/> 化膿しやすい <input type="checkbox"/> 便秘になりやすい								
現在治療中の病気	<input type="checkbox"/> 心臓病 ( ) <input type="checkbox"/> 腎臓病 ( ) <input type="checkbox"/> 肝炎 ( ) <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> ひきつけ <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> ずっと飲んでいる薬 ( ) ----- かかりつけ病院名 ( ) 電話番号 ( )								
今までかかった病気	<input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 骨折 ( ) <input type="checkbox"/> 脱臼 ( ) <input type="checkbox"/> 目の病気 ( ) <input type="checkbox"/> 耳の病気 ( ) その他 ( )								
予防接種の状況  ※接種が終わっているものを○で囲んでください	ヒブ	1回目・2回目・3回目・追加	副反応	なし・あり ( )					
	肺炎球菌	1回目・2回目・3回目・追加	副反応	なし・あり ( )					
	BCG	未接種・接種済	副反応	なし・あり ( )					
	4種混合	1回目・2回目・3回目・追加	副反応	なし・あり ( )					
	ポリオ	1回目・2回目・3回目・追加	副反応	なし・あり ( )					
	MR	I期・II期	副反応	なし・あり ( )					
	日本脳炎	I期・II期	副反応	なし・あり ( )					
	水ぼうそう	初回・追加	副反応	なし・あり ( )					
	おたふくかぜ	1回目・2回目	副反応	なし・あり ( )					
	ロタ	1回目・2回目・3回目	副反応	なし・あり ( )					
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目	副反応	なし・あり ( )					
	その他	ワクチン名：	副反応	なし・あり ( )					