

こども誰でも通園制度健康状態・生活記録票

確認日 年 月 日

面談者

ふりがな 児童氏名 性別 (男・女) 生年月日 年 月 日 年齢 歳 か月

健康 の 状 況	・のどがゼイゼイしやすい (はい・いいえ) ・鼻血が出やすい (はい・いいえ)
	・肘や肩がはずれたことがある (はい・いいえ) [部位:] [回数:] [受傷日:]
健康 の 状 況	・目や耳に関して心配なことがある (はい・いいえ) [部位:]
	・ひきつけ・けいれんをおこしたことがある (はい・いいえ) [歳の時] 劇薬処方(ダイアップ等) (有・無)
	・健診・受診で問題を指摘されたことがある (はい・いいえ) [指摘されたこと:]
	・飲んでいくすりがある (はい・いいえ) [何の薬:] [薬品名:]
	・平熱 (°C)
既 往 歴	・今までにかかった大きな病気はありますか。または大きなケガをしたことがありますか。 (はい・いいえ) [診断名:]
	・今までに入院したことがある病気やケガ、受けた手術などがありましたら御記入ください。 [診断名:] [医療機関名:] [入院期間:] 日間
予 防 接 種	☐ インフルエンザ菌b型(Hib) (1・2・3・追) ☐ 小児肺炎球菌 (1・2・3・追)
	☐ B型肝炎 (1・2・3) ☐ 四種混合 (1・2・3・追) ☐ BCG ☐ MR (1・2)
	☐ 水ぼうそう (1・2) ☐ 日本脳炎 (1・2・追) ☐ おたふくかぜ
	☐ ロタウイルス1価 (1・2) ☐ ロタウイルス5価 (1・2・3) ☐ インフルエンザ
	☐ その他のワクチン []
ア レ ル ギ ー 等	・アレルギーはありますか (はい・いいえ) ⇒ 医師の診断を受けていますか (はい・いいえ) 原因物質: ☐ ラテックス ☐ 花粉 ☐ 動物 ☐ 虫 ☐ 砂 ☐ 金属 ☐ その他 []
	・食物アレルギーはありますか (はい・いいえ) 症状: ☐ 喘息 ☐ 湿疹 ☐ じんましん ☐ 下痢 ☐ チアノーゼ ☐ その他 []
	・乳類 ☐ 卵類 ☐ 豆類 ☐ そば類 ☐ 小麦 ☐ その他 []
	・家族の方の食物アレルギーはありますか (はい・いいえ) ☐ 乳類 ☐ 卵類 ☐ 豆類 ☐ そば類 ☐ 小麦 ☐ その他 []
	・授乳 (母乳・ミルク・混合・牛乳)
・その他、お子さんの様子で気になることや、症状等 []	

言葉	☐ 声を出す ☐ 喃語 ☐ 一語文 ☐ 二語文 ☐ 大人のいうことがわかる
社 会 ・ 遊 び	・人見知り (する・しない) ・自分の持ち物 (わかる・わからない)
	・好きな遊びや遊具 屋内 [] 屋外 []
	・主な遊び場 []
	・誰とよく遊びますか ☐ 父 ☐ 母 ☐ 兄弟姉妹 ☐ ひとりで遊ぶ ☐ 同年齢の友達 ☐ その他 []
くせ	☐ 指しゃぶり ☐ その他 []
性 格	[]
・子育てについて大事にしていること、家族の接し方 []	