

(3)健康調査票

児童名

20 年 月 日現在

健診状況	健診名		受診日(西暦)	身長(cm)	体重(kg)	指導の有無/内容
	1ヶ月	受診せず	/ /			無/有()
	4ヶ月	受診せず	/ /			無/有()
	1才	受診せず	/ /			無/有()
	1才6ヶ月	受診せず	/ /			無/有()
	3才児	受診せず	/ /			無/有()
	その他	受診せず	/ /			無/有()

今までにかかったことのある病気など	<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 肝臓病	<input type="checkbox"/> 髄膜炎
	<input type="checkbox"/> ぜんそく	<input type="checkbox"/> 自家中毒	<input type="checkbox"/> 麻疹	<input type="checkbox"/> 水疱瘡
	<input type="checkbox"/> 風疹	<input type="checkbox"/> おたふく風邪	<input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症
	<input type="checkbox"/> 中耳炎	<input type="checkbox"/> 結核	<input type="checkbox"/> 川崎病	<input type="checkbox"/> 肺炎
	<input type="checkbox"/> ヘルニア	<input type="checkbox"/> 脱臼	<input type="checkbox"/> ひきつけ	<input type="checkbox"/> 熱性痙攣
	<input type="checkbox"/> じんましん(原因) <input type="checkbox"/> その他()			
	<input type="checkbox"/> かかりやすい病気はありますか?()			

該当するものだけを○印で囲み、必要事項をご記入下さい。

1	痙攣やひきつけを起こしたことがありますか？	ある	いつ頃() どんな場合()	ない
2	言葉について、気になることがありますか？	ある	発音不明瞭 どもる 言葉の遅れ	ない
3	運動や行動面などで、気になることがありますか？	ある	<input type="checkbox"/> 落ち着きが無い <input type="checkbox"/> よく転ぶ <input type="checkbox"/> 動きたがらない <input type="checkbox"/> 手指の動きがぎこちない <input type="checkbox"/> その他()	ない
4	アレルギーやアトピー性皮膚炎がありますか？	ある	<input type="checkbox"/> 食べ物 <input type="checkbox"/> その他	ない
5	小児ぜんそく、気管支ぜんそくがありますか？	ある		ない
6	入院したことがありますか？	ある	病名 時期	ない

かかりつけの病院	小児科	病院名	TEL ()
	外科	病院名	TEL ()
	耳鼻咽喉科	病院名	TEL ()
	皮膚科	病院名	TEL ()
*薬アレルギー	眼科	病院名	TEL ()
なし/あり	歯科	病院名	TEL ()

同意 『個人情報利用および第三者提供同意書』をご提出された方は✓をいれてください。