

第2号様式（第7条関係）

病後児保育事業利用に係る児童健康等調査票

児 童 名	生年月日	記入者（保護者）	記入年月日
	・ ・		・ ・
出生時	出生体重（ ） g 出生前後に異常がありましたか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（ ）		
乳幼児健康診査等	<input type="checkbox"/> 次の乳幼児健康診査を受けた。 <input type="checkbox"/> 4か月 <input type="checkbox"/> 7か月 <input type="checkbox"/> 1歳 <input type="checkbox"/> 1歳6か月 <input type="checkbox"/> 2歳（歯科） <input type="checkbox"/> 3歳6か月 <input type="checkbox"/> 医療機関等で受診 歳　　か月頃：医療機関名_____		
	<input type="checkbox"/> 受けていない。		
	健診、医療機関受診で健康（発育）上の指摘、指導等を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 具体的に：_____		
既往歴	発達の中で、相談機関・教室等を利用したことはありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ことばの相談室 <input type="checkbox"/> たんぽぽ教室 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	今まで病気にかかったり、大きなけがをしたりしたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある：（ ）		
	ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある　その時に熱が出ましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

裏面に続く

アレルギー等	アレルギー、アトピー等がありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 何に対してですか。： _____
	食べ物等で制限がありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 品目： _____
普段の健康状態	定期的に通院していますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 病名、障害等： _____ 通院頻度： _____ 回／週・月・年 服薬： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____) 医療機関名： _____ 心配していること： (_____)
予防接種	B C G 未 ・ 済 (_____ 年 _____ 月)
	H i b (ヒブ) 未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加
	小児用肺炎球菌 未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加
	四種混合 未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加
	麻しん・風しん混合 未 ・ 1回 ・ 追加
	日本脳炎 未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 追加
	水痘 (みずぼうそう) 未 ・ 1回 ・ 2回
	その他
排泄	便： _____ 回/日 トイレで(1できる 2介助があればできる) 3オムツ ※いずれかに○印 _____ ↓(介助内容を具体的に： _____)
	尿： _____ 回/日 トイレで(1できる 2介助があればできる) 3オムツ ※いずれかに○印 _____ ↓(介助内容を具体的に： _____)
昼寝の習慣	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 時間(_____ : _____ ~ _____ : _____)
その他	お子さんのことで伝えておきたいことがあれば御記入ください。