児童健康状況調査書

※下表に記入（○囲み）または□にチェック

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児　童　名 | （男・女） | 生年月日 | 年　　月　　日生（　　歳児） |
| 出産等の状況 | 妊　娠　中 | □正常　□問題あり（重度のつわり・妊娠中毒症・その他　　　　　　　　　　） |
| 分　娩　時 | □正常　□問題あり（骨盤位・吸引・帝王切開・その他　　　　　　　　　　　） |
| 出　生　時 | □正常　□問題あり　□仮死　□酸素仕様（　　　日）　□保育器（　　　日）□早産（　　　か月）□黄疸（光線療法　　　日）　□臍帯巻絡□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□アプガースコア（　　点） |
| 出生時の体重　　　　　　g　身長　　　　　　　cm　血液型　　　型（RH　　） |
| 児童の状況 | 1. 発育の状況

首が座る（　　か月）　あやすと笑う（　　か月）　寝返り（　　か月）　お座り（　　か月）はいはい（　　か月）　つかまり立ち（　　か月）　一人で歩く（　　か月）一人で階段の昇り降り（　　歳　　か月）　オムツがとれる（　　歳　　か月）1. 乳幼児健診　□受診済み（最終受診　　　歳　　か月）　□未受診（理由　　　　　　　　）

受診済みの方　□すべての健診で異状なし　□指摘事項あり（　　　歳　　か月健診時）　指摘内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）1. お話は出来ますか？　□はい　□いいえ（□18か月未満　□18か月以上）

　はいの方　話し始め（マンマ・ブーブなど　　　歳　　　か月の頃）　話し方は？　□喃語（ア～ア程度）　□単語程度　□２語文　□会話のやりとり（３語文）1. 今まで病気・事故等で入院をしたことがありますか？　□はい　□いいえ

　はいの方，その具体的状況（原因・期間等）は？1. 今までにひきつけを起こしたことがありますか？　□はい　□いいえ

　はいの方，その時の状況・時間・回数は？1. アレルギーがありますか？　□はい　□いいえ

　ある場合は具体的にご記入ください。（食物アレルギーの場合は除去食も可能ですので，ご相談ください。）　アナフィラキシーの既往歴　□無　□有　緊急時に備えた処方薬　　　□無　□有　　□内服薬（薬品名　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□アドレナリン自己注射薬（エピペン）1. ことばと発達の相談室を利用したことがありますか？　□はい　□いいえ

　現在，療育施設に通っていますか？□はい（施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□いいえ1. その他，保育をする上で配慮することはありますか？　□はい　□いいえ
 |