

お子さまの健康状態について

ふりがな					
幼児氏名	(男 ・ 女)				
生年月日	西暦	年	月	日生	歳 か月

①出産時の状況について

- ・在胎週数 ()
- ・生下時体重 ()
- ・その他生下時の異常等があればご記入ください。
()

②乳児期の発達について

- ・寝返りはいつ頃でしたか (歳 か月頃)
- ・這い始めはいつ頃でしたか (歳 か月頃)
- ・つかまり立ちはいつ頃でしたか (歳 か月頃)
- ・歩き始めはいつ頃でしたか (歳 か月頃)
- ・初語を発したのはいつ頃でしたか (歳 か月頃)

③健康状態について (*○をしてください。)

- | | |
|-----------------|------------------------|
| 1. 熱を出しやすい | 10. アトピー性ヒフ炎 |
| 2. かぜをひきやすい | 11. ヘルニア(脱腸)がある |
| 3. へんとうせんがはれやすい | 12. ひきつけることがある |
| 4. 便秘をしやすい | 13. ぜんそくが出やすい |
| 5. 下痢をしやすい | 14. 脱臼したことがある |
| 6. おねしょをよくする | 15. 大きな病気、けがをしたことがある |
| 7. おしっこが近い | 16. 入院したことがある |
| 8. じんましんがでやすい | 17. 手術をしたことがある |
| 9. かぶれやすい | 18. アナフィラキシーを起こしたことがある |

*健康状態で気を付けていること
()

④今までにかかった病気等について (*○をしてください。)

- | | | |
|--------------|-----------|---------|
| 1. はしか | 6. 川崎病 | 11. 結核 |
| 2. おたふくかぜ | 7. 百日咳 | 12. 肝臓病 |
| 3. みずぼうそう | 8. 溶連菌感染症 | 13. 腎臓病 |
| 4. 風疹(3日ばしか) | 9. りんご病 | 14. 心臓病 |
| 5. 手足口病 | 10. ぜんそく | 15. 骨折 |

*治療中の病気名(慢性疾患、発作等)
()

⑤生活の状況について

- ・起床時間 () 時ごろ
- ・就寝時間 () 時ごろ
- ・ご家庭でのテレビ・DVD・ゲーム等の視聴時間はどれくらいですか () 時間
- ・休日はどのように過ごされますか ()
- ・主にどなたが育児されていますか 父・母・その他 ()
- ・集団生活の経験はありますか 1. はい 2. いいえ
*はいに○をされた方
年 月 ~ 年 月まで
どこで () 保育所・幼稚園・その他 ()

⑥食事について

1. 食事の制限がありますか (ある ・ ない)
*あるに○をされた方は、具体的にアレルギー物質をご記入ください。
()
2. アレルギー等によって医師に相談したことがありますか (ある ・ ない)
相談内容 ()
3. 食べ物の好き嫌いはありますか (ある ・ ない)
・好きな食べ物 ()
・嫌いな食べ物 ()

⑦排泄について

1. 排便は何回ぐらいありますか (1日 大便 回・定まっていない)
2. 便の状態はどうか (軟便気味・普通便・硬便気味・便秘気味)
3. おむつをしていますか (していない・している [布おむつ・紙おむつ])
4. おむつがとれたあと、下着は何をはかせていますか
(パンツ・トレーニングパンツ)
5. 排泄は知らせますか (知らせる [出る前に・出た後で]・知らせない)
6. どのように知らせますか ()
7. 排泄する場所はどこですか (オマル・トイレ [洋式・和式])

⑧その他

1. 平熱 () ℃)
2. 体質的に気になることがありますか
()
3. お子さまの好きな遊びや性格についてご記入ください

[]