

## 児 童 調 査 票

令和 年 月 日

| 児童氏名   | 年 齢 | 歳 月 日 |
|--|-----|-------|
| <p>【児童の健康状態について】 該当するものに☑、または記入してください。</p> <p>1 生まれたときの様子<br/> 分娩時の異常 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ( )<br/> 在胎 ( ) 週 ( ) g</p> <p>2 発育歴<br/> 首がすわる ( ) か月 お座り ( ) か月 一人歩き ( ) か月 発語 ( ) か月</p> <p>3 受けた予防接種<br/> <input type="checkbox"/>BCG <input type="checkbox"/>4種混合 <input type="checkbox"/>日本脳炎 <input type="checkbox"/>麻疹風疹混合 <input type="checkbox"/>ヒブ<br/> <input type="checkbox"/>小児の肺炎球菌 <input type="checkbox"/>おたふくかぜ <input type="checkbox"/>水ぼうそう</p> <p>4 今までにかかった病気<br/> <input type="checkbox"/>突発性発疹 <input type="checkbox"/>はしか <input type="checkbox"/>風疹 <input type="checkbox"/>おたふくかぜ <input type="checkbox"/>水ぼうそう<br/> <input type="checkbox"/>百日咳 <input type="checkbox"/>B型肝炎 ( <input type="checkbox"/>キャリアー <input type="checkbox"/>キャリアーでない )</p> <p>5 基礎疾患 (生まれつきの体質や病気等)<br/> <input type="checkbox"/>心臓病 <input type="checkbox"/>腎臓病 <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>てんかん <input type="checkbox"/>川崎病 <input type="checkbox"/>喘息<br/> <input type="checkbox"/>アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/>アレルギー性の体質によるもの ( )<br/> <input type="checkbox"/>その他 ( )</p> <p>6 熱性けいれん<br/> <input type="checkbox"/>いいえ<br/> <input type="checkbox"/>はい (これまでに起こした回数： 回・最後に起こした時期： 年 月頃)</p> <p>7 食物アレルギー<br/> <input type="checkbox"/>いいえ<br/> <input type="checkbox"/>はい (内容： 食事制限： <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり )</p> |     |       |
| <p>【普段の生活について】 該当するものに☑、または記入してください。</p> <p>1 食事<br/> <input type="checkbox"/>母乳 <input type="checkbox"/>混合 <input type="checkbox"/>ミルク 1回量 ( ) CC 回数 ( ) 回/日<br/> <input type="checkbox"/>離乳食 回数 ( ) 回/日<br/> 好きなもの ( )<br/> 嫌いなもの ( )<br/> 食事の量 <input type="checkbox"/>少ない <input type="checkbox"/>普通 <input type="checkbox"/>多い <input type="checkbox"/>むらがある<br/> 食べ方 <input type="checkbox"/>自分で食べられる <input type="checkbox"/>食べさせてもらう</p> <p>2 排泄<br/> <input type="checkbox"/>すべておむつ <input type="checkbox"/>トイレトレーニング中 <input type="checkbox"/>寝るときのみおむつ <input type="checkbox"/>自立</p> <p>3 昼寝<br/> <input type="checkbox"/>する <input type="checkbox"/>しない <input type="checkbox"/>時々する</p> <p>4 その他<br/> ( 気になること等 )</p>  |     |       |