健康チェック票

（児童名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

１．出生の状況等についてお知らせください。
・分娩について　□正常　□帝王切開　□難産
・出生児体重について　（　　g）
・栄養について　□母乳　□人工　□混合

２．既往歴についてお知らせください。
□麻疹（はしか）　□水痘（水ぼうそう）　□耳下腺炎（おたふくかぜ）
□風疹　□手足口病　□りんご病　□百日咳　□中耳炎
□溶連菌感染症　□肺炎　□熱性けいれん　□気管支喘息
□アトピー性皮膚炎　□じんましん　□その他（　　）

３．受けた予防接種についてお知らせください。
□ＢＣＧ　□ポリオ　□三種混合　□麻疹　□風疹
□日本脳炎　□水痘　□耳下腺炎

４．この１カ月にかかった病気はありますか。
□はい（　　）
□いいえ

５．乳児検診などで指導を受けたことはありますか。
□はい（　　）
□いいえ

６．身体状況についてお知らせください。
□脱臼しやすい　□鼻血が出やすい　□アレルギー体質（　　）
□ひきつけ（　　歳頃から　　回位）　□薬服用（　　）

７．生活状況についてお知らせください。

児童が０～２歳児の場合	児童が３～５歳児の場合
・ミルク（　　） ・時間間隔（　　）・量（　　） ・離乳　□中期　□後期 ・普通食 ・偏食　□あり　□なし □スプーン　□はし ・昼寝　時　分～　時　分 ・健康状況 （　　）	・食事 ・偏食　□あり　□なし ・量　□多い　□少ない ・□スプーン　□はし ・衣類着脱　□できる　□できない ・昼寝　時　分～　時　分 ・一日の様子 （　　）

８．ご健康上、ご心配なことがありましたら何でもご記入ください。

（　　）