

## 健康調査票

氏名	向日 ひまわり	男・女	男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	平成・ <input checked="" type="checkbox"/> 令和	〇年 〇月 〇日生
心身の状況	1 出生時の状況について				
	・出生時の状態 <input checked="" type="checkbox"/> 正常 ・異常【仮死・酸素使用・保育器使用（ 日） その他（ ）】				
	・出生時 在胎週数（ 40週） 体重（ 3,000）g 身長（ 50）cm ・現在 体重（ ）kg 身長（ ）cm				
	2 発達の経過についてお答えください。				
首すわり <u>3</u> か月、寝返り <u>5</u> か月、お座り <u>8</u> か月、 はいはい <u>7</u> か月、つかまり立ち <u>10</u> か月、伝い歩き <u>11</u> か月 独り歩き <u>1</u> 歳 <u>0</u> か月、 ママ、パパ、まんまなど意味のある言葉 <u>1</u> 歳 <u>6</u> か月 「パパかいしゃ」「おそといこう」など二つ以上のつながったことばを話す <u>2</u> 歳 <u>0</u> か月					
3 乳幼児健診について					
4～5か月ごろ 受診日( <input checked="" type="checkbox"/> 平成・令和 〇年 〇月 〇日)(向日市・ <input checked="" type="checkbox"/> 他( 〇〇市 ))					
健診結果 ( <input checked="" type="checkbox"/> 特に問題なし ・ 経過観察 ) 経過観察や病院受診が必要と言われた内容があればお書きください					
8～11か月ごろ 受診日( <input checked="" type="checkbox"/> 平成・令和 〇年 〇月 〇日)( <input checked="" type="checkbox"/> 向日市・他( ))					
健診結果 ( <input checked="" type="checkbox"/> 特に問題なし ・ 経過観察 ) 経過観察や病院受診が必要と言われた内容があればお書きください					
1歳6～11か月ごろ 受診日( <input checked="" type="checkbox"/> 平成・令和 〇年 〇月 〇日)( <input checked="" type="checkbox"/> 向日市・他( ))					
健診結果 ( 特に問題なし ・ <input checked="" type="checkbox"/> 経過観察 ) 経過観察や病院受診が必要と言われた内容があればお書きください 言葉がゆっくりと言われた。 2歳児教室または経過教室に <input checked="" type="checkbox"/> 参加した ・ 参加予定 ( 年 月 日)					
3歳～4歳ごろ 受診日(平成・ <input checked="" type="checkbox"/> 令和 〇年 〇月 〇日)( <input checked="" type="checkbox"/> 向日市・他( ))					
健診結果 ( 特に問題なし ・ <input checked="" type="checkbox"/> 経過観察 ) 経過観察や病院受診が必要と言われた内容があればお書きください 発達相談をすすめられた。					
※転入児童は、転入前市町村へ健診内容を問い合わせる場合があります。					

- ・視力が気になって受診したことがありますか はい（受診内容）  いいえ
- ・聴力が気になって受診したことがありますか はい（受診内容）  いいえ
- ・今までにかかった病気などがありますか  はい  いいえ  
「はい」の場合、当てはまる病気に○をいれてください。  
心臓疾患  中耳炎  脱臼（部位）  ソケイヘルニア  
その他（  ）
- ・入院されたことがありますか はい   いいえ  
「はい」の場合 病名（  ）  
入院期間（ 年 月 日～ 年 月 日）
- ・現在、定期的に通院されていますか  はい  いいえ  
「はい」の場合 病名（ぜんそく  ）  
通院の頻度や受診内容をご記入ください（月1回 内服  ）
- ・ひきつけやけいれんを起こしたことがありますか  
① はい ・  ②過去にあったが今は起こしていない ・ ③いいえ  
①または②の場合 回数（ 3回） 発作を起こした時期（0歳児  ）  
原因・熱（ 39℃）が出た時におこる  
・熱が出なくてもおこる  
・泣いた時におこる
- ・今まで発達上のことで、専門機関に相談や通所されたことがありますか  
はい（施設名  ）   いいえ

## 4 手帳の有無についてお答えください。

身体障害者手帳の交付  無 ・ 有（  級）特別児童扶養手当の認定  無 ・ 有（  級）療育手帳の交付  無 ・ 有（A・B）

## 5 食物アレルギーの有無についてお答えください。

無 ・  有（小麦アレルギー  ）

6 その他、お子さんのからだ・発達・食物アレルギーなど、伝えておきたいことがあればご記入ください。