

健康診査票 (保育所入所用)

内は保護者の方がご記入の上、母子健康手帳とともに
 にご持参ください。

保育所名	
------	--

氏名	フリガナ	男・女	生年 月日	年 月 日 (歳 か月)	住 所	

既往歴	なし	身長	cm	体重	g
	あり ()	頭囲	cm	胸囲	cm

診 察	栄養状態	良 ・ 中 ・ 不良
	貧血	無 ・ 有
	形態異常	無 ・ 有
	(大頭・小頭・顔貌・漏斗胸・ヘルニア・停留精巣 四肢・その他 ())	
	皮膚	1. 異常なし 2. 異常あり
	(湿疹・アトピー性皮膚炎・母斑・血管腫 その他 ())	
	口腔	1. 異常なし 2. 異常あり
	胸部聴診	1. 異常なし 2. 異常あり
	心雑音	無 ・ 有 (機能的・病的:)
	腹部	1. 異常なし 2. 異常あり
神経学的所見及び運動機能		1. 正常 2. 境界 3. 異常
その他の疾病		

判定 区分	・正常 ・経過観察 () ・他機関受療中 ()
----------	------------------------------

助言・指導	(保育上、配慮を要することなど)
-------	------------------

年 月 日	保健所及び医療機関名	
医師		印

健康調査票 0～2歳用

<保護者の方が母子健康手帳を参考に該当するものに○，()内に必要事項を記入してください。>

◎第()子 ◎妊娠中の病気・事故 無・有()

◎出産の状況(母子健康手帳のBページ，15ページに記載)

妊娠期間 (週 日) 入院期間 母(日) 児(日)

計測値 身長(cm) 体重(g) 頭囲(cm) 胸囲(cm)

分娩出産時の異常

無・有〔仮死・黄疸・貧血・その他()〕

◎発達の状況 ()内に月齢を記入してください。

首がすわる (か月) つかまり立ち (か月)

寝返りをする (か月) 一人で歩く (歳 か月)

お座りをする (か月) 意味のある言葉を言う (歳 か月)

はう：四つばい (か月) 二語文(マンマチヨウダイ、ワンワンキクなど)言う (歳 か月)

人見知りをする (か月)

◎栄養の状況(現在の状況に○をつけてください)

栄養方法 (母乳・混合・人工)

離乳食 (未実施・1回食・2回食・3回食・完了)

アレルギー等による除去食の対応

無・有(除去している食品)

◎今までに乳幼児健康診査で経過観察などになったことがありますか。

無・有(具体的に)

◎予防接種の状況 受けたものに○をつけてく

◎これまでにかかった病気に○をつけてください。 (母子健康手帳46～48ページ参照)

麻疹(はしか)・風疹(三日ばしか)・百日咳
水痘(みずぼうそう)・流行性耳下腺炎(おた
ふくかぜ)・熱性けいれん・てんかん・心臓病
腎臓病・結核(本人・家族)
アトピー性皮膚炎・喘息様気管支炎・喘息
食物アレルギー(食品名)
その他()

BCG・ポリオ(1回・2回)
三種混合(1回・2回・3回・追加)
麻疹・風疹混合ワクチン(1回・2回)
麻疹単独ワクチン(1回・2回)
風疹単独ワクチン(1回・2回)
水ぼうそうワクチン・おたふくかぜワクチン
その他()

◎現在通院中の病気があれば記入してください。

病 名()

医療機関名()

◎その他(子育てについて悩んでいることや、困難を感じることをなどをご記入ください。)

[]