

入園時健康票

園児名 _____ (男・女) 生年月日 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳 _____ か月)

| | | | | |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| 1. 出生時についてお伺いします | | | | |
| | 体重 | g | 出産歴 | (第 _____ 子) |
| | 身長 | cm | 妊娠中に異常はありましたか | 無・有 (_____) |
| | 胸囲 | cm | 分娩時に異常はありましたか | 無・有 (_____) |
| | 頭囲 | cm | 出産時に異常はありましたか | 無・有 (_____) |
| 2. 予防接種についてお伺いします | | | | |
| | BCG | 未・済 | 年 _____ 月 _____ | 三種混合 1回目 |
| | ポリオ 1回目 | 未・済 | 年 _____ 月 _____ | 三種混合 2回目 |
| | ポリオ 2回目 | 未・済 | 年 _____ 月 _____ | 三種混合 3回目 |
| | 麻疹・風疹 | 未・済 | 年 _____ 月 _____ | 三種混合 追加 |
| 3. 直近2回分の健診についてお伺いします (2歳以上は歳のみで構いません) | | | | |
| | 健診を受けた (_____ 歳 _____ か月)・受けてない | 異常なし・他(_____) | | |
| | 健診を受けた (_____ 歳 _____ か月)・受けてない | 異常なし・他(_____) | | |
| 4. 発育についてお伺いします | | | | |
| 運動 | 首のすわり (_____ か月頃) | ハイハイ (_____ か月頃) | | |
| | おすわり (_____ か月頃) | 歩行 (_____ か月頃) | | |
| 言語 | <input type="checkbox"/> 普通に話せる <input type="checkbox"/> 話さないが相手の言うことはわかる <input type="checkbox"/> 単語あり (マンマ・ブーブーなど) | | <input type="checkbox"/> 単語程度で意思が交換できる <input type="checkbox"/> 話さない 相手の言うこともわからない <input type="checkbox"/> 2語文あり (ワンワンかわいいね など) | |
| 人との関わり | <input type="checkbox"/> 友達と一緒に遊ぶ <input type="checkbox"/> 親兄弟と遊ぶ <input type="checkbox"/> 落ち着きがなく絶えず動き回る <input type="checkbox"/> 極端なこだわりがある | | <input type="checkbox"/> 遊ぶが取り残されがち <input type="checkbox"/> 一人で遊ぶ <input type="checkbox"/> 同じことの繰り返しをする | |
| 理解 | <input type="checkbox"/> 指示を理解し、その行動がとれる <input type="checkbox"/> 繰り返し説明すると理解できる | | <input type="checkbox"/> 指示を理解するが、行動はできない <input type="checkbox"/> 指示を理解できない | |
| 5. 既往症についてお伺いします | | | | |
| | 麻疹 | 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 | 中耳炎 | 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 |
| | 風疹 | 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 | 突発 | 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 |
| | 水痘 | 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 | 喘息 | 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 |
| | おたふく | 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 | 肺炎 | 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 |
| | 百日咳 | 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 | ひきつけ | 最終痙攣 (_____ か月・年前) |
| | 小児結核 | 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 | | 熱性痙攣・他 (_____) |
| | その他かかった病気を記入してください (_____) | | | |
| 6. アレルギーについてお伺いします | | | | |
| | アレルギーの有無 | 有・無 | | 両親のアレルギー |
| | 薬物アレルギー | | | 他のアレルギー |
| | 食物アレルギー | | | |
| 7. 平熱は何度ですか | | | | |
| | _____ 度 ~ _____ 度程度 | | | |
| 8. 何か気になる点がありましたらご記入ください (足りない方は裏面にご記入ください) | | | | |
| | | | | |