

健 康 調 査 票 (2歳未満児用)

この調査票は、邑楽町子育て短期支援事業を利用する児童の健康状態や生育状況を記入いただくことにより、施設での養育・保護の参考にするものです。

		年 月 日記入	
フリガナ 児童氏名		年 月 日生(歳)	男・女
保護者氏名		電話番号	
入所時の同行者		緊急時の連絡先	

◎妊娠から現在までの生育経過について

- 1 妊娠中、なにか異常がありましたか はい() • いいえ
 2 分娩時、なにか異常がありましたか はい() • いいえ
 3 新生児の時、なにか異常がありましたか はい() • いいえ
 4 哺乳状況 母乳栄養 • 人工栄養 • 混合栄養

◎現在の生育状況について

- 1 朝は何時に起きますか 時 分頃
 2 ミルクを飲んでいますか はい(cc× 回) • いいえ
 3 食習慣について
 ・朝食(時 分頃) 昼食(時 分頃) 夕食(時 分頃)
 きちんと食べる • 食べたり食べなかつたり • 食が細い
 ・好きな食べ物 ()
 ・嫌いな食べ物 ()
 ・アレルギーがありますか ()
 ・アトピーがありますか ()
 4 排泄について 排便 : 規則的(1日に 回) • 不規則
 オムツ使用 : 有 • 無
 5 昼寝について する(時 分から 時 分頃) • しない
 6 夜は何時に寝ますか 時 分頃 ひとりで寝る • 添い寝する
 7 性格について 強情・泣き虫・神経質・優しい・活発・気が弱い・素直
 その他 ()
 8 かかったことのある病気
 麻疹(はしか) • 水ぼうそう • 風疹 • 百日咳 • おたふくかぜ
 ひきつけ • けいれん ある(歳 カ月頃) • ない
 その他 ()

◎かかりつけの医療機関名 _____ 電話番号 _____

◎接種した予防接種について(※母子健康手帳を見て、○印を記入してください)

予防接種	1回	2回	3回	追加	予防接種	1回	2回	3回
ヒブ					麻しん風しん混合(MR)			斜線
小児用肺炎球菌					水ぼうそう(水痘)			斜線
B C G		斜線	斜線	斜線	ロタウイルス			
四種混合					B型肝炎			
日本脳炎					おたふく			斜線
その他								

◎施設に対して希望することや健康上特に知らせておきたいこと