

児童健康等調査票

年 月 日

児 童 名			年 月 日生	国保・社保・その他	平 熱 度
保 護 者 名		住 所			TEL
連 絡 先	① TEL		② TEL		
受 診 を ○ で 囲 む	1歳半健診 3歳半健診	かかりつけの 病 院	小児科 () その他 ()		
今までにかかった ことのある病気 (番号を○印で囲む)	1. ジフテリア 2. 百日咳 3. 麻疹(はしか) 4. 風疹(三日ばしか) 5. 流行性咽頭結膜熱(プール病) 6. 溶連菌感染症 7. 突発性発疹 8. 熱性けいれん 9. 無熱けいれん 10. 中耳炎 11. 流行性耳下膜炎(おたふくかぜ) 12. 水痘(水ぼうそう) 13. 小児用肺炎球菌 14. Hib(インフルエンザ菌B型) 15. インフルエンザ 16. 川崎病・腎臓病など				
予防接種のすんだ ものを○印で囲む	Hib 1・2・3・追1 小児肺炎球菌1・2・3・追1 BCG1 MR I・II 日本脳炎I(1・2)・追1 四種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ)I(1・2・3)・追1 三種混合1・2・3・追1+ポリオ1・2 水痘1・2 B型肝炎1・2・3 インフルエンザ(任意) おたふくかぜ(任意) 麻疹ウイルス(R2・10月より定期予定)				
1	目について気になることがありますか	あ る な い 1.目つきがおかしい 2.まぶしがる 3.目を細めて見る 4.物に近づいて見る 5.頭を傾けたり、横目で見たりする			
2	耳が聞こえにくいのではないかと思いますか	あ る な い			
3	たびたび鼻血が出ますか	は い い い え			
4	虫歯がありますか	あ る な い			
5	けいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか	あ る な い ・いつごろ() ・どんな場合()			
6	打ったところが皮下出血しやすいですか	は い い い え			
7	言葉について気になることがありますか	あ る な い 1.発音不明瞭 2.どもる 3.言葉のおくれ			
8	運動や行動面などで気になることがありますか	あ る な い 1.落ちつきがない 2.よくころぶ 3.動きたがらない 4.手指や行動がぎこちない 5.爪かみ 6.指しゃぶり 7.その他()			
9	アレルギー・アトピー性皮膚炎がありますか	あ る な い ・食 物() ・くすり() ・その他()			
10	小児ぜんそく、気管支ぜんそくがありますか	あ る な い			
11	食事について	1.偏食がある 2.少ししか食べない 3.吐きやすい 4.食事時間が決まっていない			
12	毎日飲んでいる薬について	病 名 () 薬 名 ()			
13	入院について	病 名 () 時 期 ()			
14	何か心配ごとがあればお書きください				