

登録番号：

# 児 童 調 査 票

平成 年 月 日

児童氏名	年 齢	歳 月
<p>【児童の健康状態について】 該当するものに☑、または記入してください。</p> <p>1 生まれたときの様子 分娩時の異常 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ( ) 在胎 ( ) 週 ( ) g</p> <p>2 発育歴 首がすわる ( ) か月 お座り ( ) か月 一人歩き ( ) か月 発語 ( ) か月</p> <p>3 受けた予防接種 <input type="checkbox"/>BCG <input type="checkbox"/>4種混合 <input type="checkbox"/>日本脳炎 <input type="checkbox"/>麻疹風疹混合 <input type="checkbox"/>ヒブ <input type="checkbox"/>小児の肺炎球菌 <input type="checkbox"/>おたふくかぜ <input type="checkbox"/>水ぼうそう</p> <p>4 今までにかかった病気 <input type="checkbox"/>突発性発疹 <input type="checkbox"/>はしか <input type="checkbox"/>風疹 <input type="checkbox"/>おたふくかぜ <input type="checkbox"/>水ぼうそう <input type="checkbox"/>百日咳 <input type="checkbox"/>B型肝炎 (<input type="checkbox"/>キャリアー <input type="checkbox"/>キャリアーでない)</p> <p>5 基礎疾患 (生まれつきの体質や病気等) <input type="checkbox"/>心臓病 <input type="checkbox"/>腎臓病 <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>てんかん <input type="checkbox"/>川崎病 <input type="checkbox"/>喘息 <input type="checkbox"/>アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/>アレルギー性の体質によるもの ( ) <input type="checkbox"/>その他 ( )</p> <p>6 熱性けいれん <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (これまでに起こした回数： 回・最後に起こした時期： 年 月頃)</p> <p>7 食物アレルギー <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (内容： 食事制限：<input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり )</p> <p>【普段の生活について】 該当するものに☑、または記入してください。</p> <p>1 食事 <input type="checkbox"/>母乳 <input type="checkbox"/>混合 <input type="checkbox"/>ミルク 1回量 ( ) CC 回数 ( ) 回/日 <input type="checkbox"/>離乳食 回数 ( ) 回/日 好きなもの ( ) 嫌いなもの ( ) 食事の量 <input type="checkbox"/>少ない <input type="checkbox"/>普通 <input type="checkbox"/>多い <input type="checkbox"/>むらがある 食べ方 <input type="checkbox"/>自分で食べられる <input type="checkbox"/>食べさせてもらう</p> <p>2 排泄 <input type="checkbox"/>すべておむつ <input type="checkbox"/>トイレトレーニング中 <input type="checkbox"/>寝るときのみおむつ <input type="checkbox"/>自立</p> <p>3 昼寝 <input type="checkbox"/>する <input type="checkbox"/>しない <input type="checkbox"/>時々する</p> <p>4 その他 ( 気になること等 )</p>		