

健康状況調書	フリガナ	ヨツカイドウ ジロウ	生年月日	平成・令和
	児童氏名	四街道 次郎		4年 7月 14日 (1歳 8か月) 令和6年4月1日時点

※該当する□に✓及び記入をしてください。

妊娠	<input checked="" type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 強いつわり <input type="checkbox"/> 妊娠中毒症 <input type="checkbox"/> その他()				
分娩	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> その他 ⇒ <input type="checkbox"/> 骨盤位 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> その他()				
出生	在胎週数(38 週) 体重(3,076 g) 身長(49.2 cm)				
	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> 酸素使用 <input type="checkbox"/> 早産(月) <input type="checkbox"/> 強い黄疸 <input type="checkbox"/> その他()				
1日の生活	食事や昼寝、おやつ等の時間を記入してください。				
	起床	朝食	昼食	夕食	就寝
	7時	8時	12時	18時	21時
自立性	①食事について	<input checked="" type="checkbox"/> ひとりで食べられる <input type="checkbox"/> 食べようとするが手伝いが必要 <input type="checkbox"/> 食べさせてもらう			
	②着替えについて	<input type="checkbox"/> ひとりで着替えられる <input checked="" type="checkbox"/> 着替えようとするが手伝いが必要 <input type="checkbox"/> ひとりでできない			
	③排泄(トイレ)について	<input type="checkbox"/> ひとりでトイレができる <input type="checkbox"/> 手伝いがあればトイレができる <input type="checkbox"/> ひとりでトイレができない <input checked="" type="checkbox"/> おむつ			
体質等について	①現在治療中または定期的に通院している病気等がありますか	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ・いつから: 年 月(歳) ・病名: ・通院頻度: ・通院している病院名:			
	②現在服用している薬はありますか	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ・いつから: 年 月(歳) ・服用: 1日 回 ・服用時間 時 ・時 ・時 ・薬の名前:			
	③アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある (原因: 乳製品 症状: 発疹 対処法: 除去食)			
	④アドレナリン自己注射薬(エピペン)の処方がありますか	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある			
	⑤緊急時服用薬の処方がありますか	<input checked="" type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある()			
	⑥かかりやすい病気等がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 熱が出やすい <input checked="" type="checkbox"/> 鼻水が出やすい <input type="checkbox"/> 咳で嘔吐しやすい <input checked="" type="checkbox"/> 便秘がち <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> その他()			
	⑦聴力が心配で受診したことはありますか	<input checked="" type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある(診断内容:)			
	⑧視力が心配で受診したことはありますか	<input checked="" type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある(診断内容:)			
食事	①授乳中ですか	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ <input type="checkbox"/> 母乳 ・ <input type="checkbox"/> 混合 ・ <input type="checkbox"/> ミルク			
	②どのような形態のものを食べていますか	<input checked="" type="checkbox"/> 大人と同じ <input type="checkbox"/> 乳歯でつぶせる固さ <input type="checkbox"/> 歯茎で噛める固さ <input type="checkbox"/> 歯茎でつぶせる固さ(バナナ状) <input type="checkbox"/> 舌でつぶせる固さ(豆腐状) <input type="checkbox"/> 裏ごし(ペースト状)			