

一時預かり児童面接表及び健康調査票

		面接日		令和	年	月
フリガナ		生年月日	血液型	A ・ B ・ AB ・ O		
児童名				RH (＋) ・ RH (－)		
			平熱	℃		
住所			保険証番号			
			保険者番号			
電話			子ども医療費受給資格証			
保護者名			公費負担番号			
			記号番号			
保護者名			かかりつけの医院			
生活面	・食欲 有 無 ・偏食 有 無 ・食べたことがない食品 無 有 食品名 () ・アレルギー食品 無 有 卵・牛乳・小麦・大豆・そば・ナッツ類 その他 ()		・睡眠時間 時から 時まで ・昼寝 ・する ・しない (時から 時まで) ・寝つき (よい ・ わるい) ・寝おき (よい ・ わるい) ・寝るときのくせ			
	・便通が毎日ありますか (はい ・ いいえ) ・尿意を教えますか (はい ・ いいえ) ・便意を教えますか (はい ・ いいえ) ・トイレトレーニングをしていますか ・トイレで排便ができますか (はい ・ いいえ) (はい ・ いいえ)					
健康面	・既往歴 肺炎・川崎病・ぜんそく・ヘルニア・中耳炎・アトピー性皮膚炎・脱臼（部位： 心臓疾患 診断名() 症状（不整脈・肥大・雑音・その他 その他（ ・体質的なもの 風邪をひきやすい ・ 吐きやすい ・ 鼻血が出やすい ・ 便秘しやすい ・ 化膿しやすい 肌が荒れやすい ・ その他（ ・アレルギー 食物以外のアレルギー 無・有 (ダニ ・ ハウスダスト ・ 花粉 その他 アナフィラキシー 無・有 原因 () 症状 () ・ひきつけ けいれん 無・有 初回 (歳 か月) 全 (回) 内訳：熱性 (回 ・ 発熱 ℃) 無熱性 (回) ・てんかん 無・有 (状態 ※上記（既往症～てんかん）に関する治療無・有（飲み薬・塗り薬・食事制限・その他 内容（ ・予防接種（接種したものに○をつけてください） インフルエンザ菌b型（Hib） ※Hibと4種混合を接種している場合のみ記入 小児肺炎球菌 B型肝炎 ロタウイルス 5種混合（4種混合） BCG 麻しん(はしか)・風しん 水痘 1期日本脳炎 おたふくかぜ その他 ()					

成育歴

※ （ ）内に必要事項をご記入し、該当するものに○をつけてください

胎児期	出生時	乳幼児期	
母体の健康状態 ・ 正常 ・ 異常あり ()	・ 胎在期間 (妊娠 週 日) ・ 体重 (g) ・ 身長 (cm) ・ 頭囲 (cm) ・ 胸囲 (cm) ・ 分娩状況 正常・異常 (鉗子・吸引・帝王切開) ・ 出生状況 元気・衰弱・仮死 ・ 出生後状況 保育器使用 (無 ・ 有 日) 黄疸 (なし ・ 普通 ・ 強い)	・ 栄養 ・ 母乳 ・ 混合 ・ 人工乳 ・ 離乳開始 (か月) ・ 離乳完了 (か月) ・ 首すわり (か月) ・ 寝返り (か月) ・ ひとりすわり (か月) ・ はいはい (歳 か月) ・ つかまり立ち (歳 か月) ・ つたい歩き (歳 か月) ・ ひとり歩き (歳 か月) ・ 意味のある言葉 (歳 か月)	
1 歳	バランスをとり一人で上手に歩くことができますか 「ママ」「パパ」「ブーブー」などの意味のある言葉を話しますか 大人が言う簡単な言葉 (おいで、ちょうだい等) がわかりますか 自分でコップを持って水を飲みますか 親指と人差し指で小さなものをつまむことができますか	・ はい ・ どちらともいえない ・ いいえ ・ はい ・ どちらともいえない ・ いいえ ・ はい ・ どちらともいえない ・ いいえ ・ はい ・ どちらともいえない ・ いいえ ・ はい ・ どちらともいえない ・ いいえ	
2 歳	走ることができますか スプーン等の食具を使い自分で食べますか。食べようとしますか 大人と一緒にごっこ遊びやまねっこ遊びをしますか 自分の思いを言葉で伝えようとしますか 二語文「ワンワンきた」「マンマちょうだい」等を言います	・ はい ・ どちらともいえない ・ いいえ ・ はい ・ どちらともいえない ・ いいえ ・ はい ・ どちらともいえない ・ いいえ ・ はい ・ どちらともいえない ・ いいえ ・ はい ・ どちらともいえない ・ いいえ	
3 歳	ボールを追いかけたり捕まえたりできますか 自分の物と人の物の区別ができますか 自分の名前がいきますか 簡単な約束を守る事ができますか 自分で衣服の着脱をしようとしますか	・ はい ・ どちらともいえない ・ いいえ ・ はい ・ どちらともいえない ・ いいえ ・ はい ・ どちらともいえない ・ いいえ ・ はい ・ どちらともいえない ・ いいえ ・ はい ・ どちらともいえない ・ いいえ	
4 歳・5 歳	日常生活に必要な挨拶ができますか 自分で排泄の後始末ができますか 人の話を注意して聞くことができますか 友だちとルールを決めて遊ぶことができますか	・ はい ・ どちらともいえない ・ いいえ ・ はい ・ どちらともいえない ・ いいえ ・ はい ・ どちらともいえない ・ いいえ ・ はい ・ どちらともいえない ・ いいえ	
乳幼児健診	助言指導	受診結果	ご家庭ではどんな遊びをしていますか
1 か月健診	無 ・ 有 ()	異常無 ・ 有 ()	
3 か月健診	無 ・ 有 ()	異常無 ・ 有 ()	
1 歳 6 か月健診	無 ・ 有 ()	異常無 ・ 有 ()	
2 歳児歯科健診	無 ・ 有 ()	異常無 ・ 有 ()	
3 歳児健診	無 ・ 有 ()	異常無 ・ 有 ()	
特記事項 (お子さんについて、健康面で気になること、困っていることなどありましたらご記入ください)			