

【健康調査票】

記入日 年 月 日

氏名		生年月日	年 月 日	歳 月
妊娠中の状態	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ( )			
出生について	体重 ( ) <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ( )			
発達状況	首のすわり	カ月 寝返り	カ月	おすわり
	はいはい	カ月 つかまり立ち	カ月	伝い歩き
	歩き始め	カ月		カ月
市の検診状況	4か月検診	受けた ( 健康 ・ 要観察 ) ・		受けていない
	1歳6か月検診	受けた ( 健康 ・ 要観察 ) ・		受けていない
	3歳児検診	受けた ( 健康 ・ 要観察 ) ・		受けていない
	指導されたこと	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	歳 月	(内容; )
今までかかった病気	<input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水疱瘡 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> その他 ( ) かかった時期 歳 月ごろ    現在の状況 ( )			
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
医師の指示	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
授乳	授乳回数	1日 回	授乳量	ml
	授乳後 <input type="checkbox"/> 嘔吐しない <input type="checkbox"/> 嘔吐する <input type="checkbox"/> その他 ( )			
食事	離乳食開始	カ月 ~	完了	カ月
	苦手な食べ物	( )		
	<input type="checkbox"/> すべて食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 大人の介助があれば食べれる			
	<input type="checkbox"/> 手づかみ	<input type="checkbox"/> スプーン	<input type="checkbox"/> はし	
睡眠	睡眠時間	時 ~ 時	約	時間
	午睡時間 (朝)	時 ~ 時	(昼)	時 ~ 時
	寝かしつけ	<input type="checkbox"/> 抱っこ <input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> 一人で寝る		
	その他 ( )			
排泄	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 寝るときだけおむつ <input type="checkbox"/> 自分でトイレに行く			
遊び	好きな遊び ( ) 好きなおもちゃ,歌 ( )			
その他	◎注意してほしいこと、気になることがありましたら何でもご記入ください。			