

児童健康調査表

令和 年 月 日現在

フリガナ		性別	生年月日
氏名			年 月 日生
現住所	電話 ()		
かかりつけの病院名			
小児科	電話 ()		
外科	電話 ()		
定期的に通院していますか <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(頻度 回/週・月・年) 常時服薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
通院先			
診断名			
薬の名称			
体質・既往歴			
平熱は	度 分		
病気等について			
<input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> ふうしん <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふくかぜ(すべて予防接種を含む) <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他 (偏頭痛・胃腸が弱い・便秘症・慢性中耳炎・低血圧・疲れやすい等)			
アレルギーはありますか <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(食物・花粉・ハウスダスト・ぜんそく・アトピー性皮膚炎など)			
アナフィラキシーの既往はありますか <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 エピペン処方されていますか <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 アレルゲンはなんですか。またどのような症状が出ますか。 ()			
上記以外の病気以外で、入院歴・病気歴、大きな手術や留意点などがありますか。			
おこしやすい体質			
<input type="checkbox"/> 胃腸が弱い <input type="checkbox"/> 乗り物に酔いやすい <input type="checkbox"/> 熱を出しやすい <input type="checkbox"/> どもりやすい <input type="checkbox"/> ひきつけをおこしたことがある <input type="checkbox"/> 小便がちかい <input type="checkbox"/> 貧血をおこしやすい <input type="checkbox"/> 夜尿症である <input type="checkbox"/> 好き嫌いがはげしい <input type="checkbox"/> 鼻血を出しやすい <input type="checkbox"/> てんかんをおこしたことがある <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 喘息をおこしやすい ()			
発達について			
言語	<input type="checkbox"/> 普通に話せる <input type="checkbox"/> どうにか話せる <input type="checkbox"/> 話せないが、相手の言うことはわかる <input type="checkbox"/> 片言や身振りで話せる <input type="checkbox"/> 目を合わせない		
遊び	<input type="checkbox"/> 誰とでも遊ぶ <input type="checkbox"/> いつも一人で遊ぶことが多い <input type="checkbox"/> 落ち着きがなく、動き回る <input type="checkbox"/> 激しい運動が苦手 <input type="checkbox"/> 同じことの繰り返しをする		
排泄	<input type="checkbox"/> すべて自分ができる <input type="checkbox"/> 他人の助けがあればできる <input type="checkbox"/> 自分で出来ないが知らせることはできる <input type="checkbox"/> おむつが必要		
食事	<input type="checkbox"/> 箸で食べられる <input type="checkbox"/> スプーンなら食べられる <input type="checkbox"/> 手づかみなら食べられる <input type="checkbox"/> 自分では食べられない		
着脱衣	<input type="checkbox"/> すべて自分ができる <input type="checkbox"/> 簡単なものは自分できる <input type="checkbox"/> すべてやってもらふ		