

児童健康等調査票

年 月 日

児 童 名		年 月 日 生	国保・社保・その他	平 熱 度
保 護 者 名	住 所	TEL		
連 絡 先	① TEL	② TEL		
受診を○で囲む	1歳半健診 3歳半健診	かかりつけの 病 院	小児科() その他()	
今までにかかったことのある病気(番号を○で囲む)	1 ジフテリア 2 百日咳 3 麻疹(はしか) 4 風疹(三日ばしか) 5 流行性咽頭結膜熱(プール病) 6 溶連菌感染症 7 突発性発疹 8 熱性けいれん 9 無熱けいれん 10 中耳炎 11 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 12 水痘(水ぼうそう) 13 小児用肺炎球菌 14 Hib(インフルエンザ菌B型) 15 インフルエンザ 16 川崎病・腎臓病など			
予防接種のすんだものを○印で囲む	Hib 1・2・3・追1 小児用肺炎球菌 1・2・3・追1 BCG 1 MR I・II 日本脳炎 I (1・2)・追1 四種混合(ジフテリア 百日咳 破傷風・ポリオ) I (1・2・3)・追加1 三種混合 1・2・3・追加1+ポリオ1・2 水痘 1・2 B型肝炎 1・2・3 インフルエンザ(任意) おたふくかぜ(任意) ロタウイルス(R2. 10月より定期予定)			
1	目について気になることがありますか	あ る	な い	
2	耳が聞こえにくいのではないかと思うことがありますか	あ る	な い	
3	たびたび鼻血が出ますか	は い	いいえ	
4	虫歯がありますか	あ る	な い	
5	けいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか	あ る	な い	
6	打ったところが皮下出血しやすいですか	は い	いいえ	
7	言葉について気になることがありますか	あ る	な い	
8	運動や行動面などで気になることがありますか	あ る	な い	
9	アレルギー・アトピー性皮膚炎がありますか	あ る	な い	
10	小児ぜんそく、気管支ぜんそくがありますか	あ る	な い	
11	食事について	1 偏食がある	2 少ししか食べない	
12	毎日飲んでいる薬について	3 吐きやすい	4 食事時間が決まっていない	
13	入院について	病 名() 薬 名()		
14	何か心配事があればお書きください			