

家庭・児童状況確認票

記入日 年 月 日

児童名	氏名	続柄	生年月日	性別	所属状況・名称
児童と同居する世帯員	氏名	続柄	生年月日	性別	職業・学校・施設名等
発育状況	分娩	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 早産( 月 ) <input type="checkbox"/> その他( )			
	体重	出生時( g ) 現在( kg )			
	平熱	度 分			
	予防接種等 (1回でも接種していれば☑)	<input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 四種混合 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん混合 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> ロタウイルス			
	入院するような大きな病気・ケガ	病名： ( 年 月 ) ケガ： ( 年 月 )			
	かかりやすい病気や体質の特徴	<div><div><input type="checkbox"/>風邪をひきやすい <input type="checkbox"/>夜尿症 <input type="checkbox"/>湿疹 <input type="checkbox"/>便秘がち <input type="checkbox"/>鼻血が出やすい <input type="checkbox"/>化膿しやすい <input type="checkbox"/>扁桃腺がはれやすい <input type="checkbox"/>ひきつけを起こしたことがある。 (時期： 年 月 ) (状況： ) <input type="checkbox"/>アレルギー体質 (種類： )</div><div><input type="checkbox"/>熱性けいれんを起こしたことがある。 (時期： 年 月 ) (状況： ) <input type="checkbox"/>自家中毒になりやすい <input type="checkbox"/>下痢しやすい <input type="checkbox"/>脱臼しやすい (部位： ) <input type="checkbox"/>口内炎がでやすい <input type="checkbox"/>耳の聞こえが悪い(□右□左) <input type="checkbox"/>耳だれが出る(□右□左)</div></div>			
	乳幼児健康診査 受診状況	区分	受診有無	受診時の指導事項	
		4か月児健診	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		
		10か月児相談	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		
		1歳6か月児健診	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		
生活	起床時間( )時 就寝時間( )時 1日平均睡眠時間( )時間 朝食時間( )時 昼食時間( )時 夕食時間( )時				
	食べ物 飲み物 の内容	朝ごはん	昼ごはん	夜ごはん	おやつ
健康状態	現在治療中のアレルギー疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎 <input type="checkbox"/> その他( )			
	アレルギーがある場合原因物質(食物)	<input type="checkbox"/> 鶏卵 <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> ソバ <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> ごま <input type="checkbox"/> ナッツ類 <input type="checkbox"/> 甲殻類 <input type="checkbox"/> 軟体類・貝類 <input type="checkbox"/> 魚卵 <input type="checkbox"/> 魚類 <input type="checkbox"/> 肉類 <input type="checkbox"/> 果物類 <input type="checkbox"/> その他( )			
	アレルギーがある場合原因物質(その他)	<input type="checkbox"/> ダニ <input type="checkbox"/> ハウスダスト <input type="checkbox"/> ペットの毛、ふけ <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> カビ <input type="checkbox"/> 蜂毒 <input type="checkbox"/> ラテックス <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 薬物 <input type="checkbox"/> その他( )			
	アレルギーについての医師の診断	<input type="checkbox"/> あり (医療機関名： )(診断名： ) <input type="checkbox"/> なし			