

## 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( )か月 <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"/> B C G <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	<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"/> 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"/> アレルギー体質 (種類： )		<input type="checkbox"/> 自家中毒になりやすい <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい <input type="checkbox"/> 脱臼しやすい (部位： ) <input type="checkbox"/> 口内炎ができやすい <input type="checkbox"/> 耳の聞こえが悪い(□右□左) <input type="checkbox"/> 耳だれが出る(□右□左)			
		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						
3歳児健診	<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"/> ナツツ類 <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					