

子どもの健康問診票(3・4・5歳児)

【利用日時点で3・4・5歳児対象】

記入日 令和 年 月 日

お子さんの健康や発育・発達の状態を確認させていただくものです。
 全ての項目について、記入漏れのないように記入してください。
記入の内容については、市の担当者より詳細を確認させていただく場合があります。

児童氏名	(男・女)			出生時の 状況	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> その他()
生年月日	平成・令和 年 月 日生	(歳 か月)			
現在の 身長	()cm	現在の 体重	()kg		

(1)【1日の生活リズムについて】時間を記入してください ※遊び・お昼寝等の時間も記入してください

起床 ()時 朝食 ()時 昼食 ()時 夕食 ()時 就寝 ()時

(2) 保健センター等で乳幼児健診を受診しましたか
 受診した健診に☑をつけ、身体発育やことばの発達面などについて、説明等を受けたことがあれば下欄に記入してください

<input type="checkbox"/> 4か月児健診	<input type="checkbox"/> 心配なし <input type="checkbox"/> その他 内容()
<input type="checkbox"/> 1歳6か月児健診	<input type="checkbox"/> 心配なし <input type="checkbox"/> その他 内容()
<input type="checkbox"/> 2歳6か月児健診(歯科)	<input type="checkbox"/> 心配なし <input type="checkbox"/> その他 内容()
<input type="checkbox"/> 3歳6か月児健診	<input type="checkbox"/> 心配なし <input type="checkbox"/> その他 内容()
<input type="checkbox"/> 未受診	(令和 年 月 日に健診予定)

(3)【健康状態について】あてはまる回答に○をつけ、該当する場合は()に記入してください

1 疾患はありますか または、ありましたか	いいえ	はい	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 病名() 医療機関名() 通院頻度()週・()か月・()年に1回 手術の予定(無・有) 手術済/ 年 月 日頃
			<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 病名() 医療機関名() 通院頻度()週・()か月・()年に1回 手術の予定(無・有) 手術済/ 年 月 日頃
2 お薬を服用または使用 していますか	いいえ	はい	薬名() 朝・昼・夜・随時
3 ひきつけを起こしたことが ありますか	いいえ	はい	()歳頃 発熱()°C / 発熱なし / 今までに()回
4 アレルギーまたはアトピー はありますか	いいえ	はい	原因物質() 症状(アナフィラキシー・湿疹・じんま疹・ぜんそく・かゆみ) 対応 (エピペン・薬・病院受診・その他()) 除去食の必要(無・有 / 内容)
5 リハビリ(訓練)を受けてい ますか	いいえ	はい	リハビリ(訓練)機関名・医療機関名 () 内容 ()
6 医療的ケアが必要ですか	いいえ	はい	<input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃ろう・腸ろう) <input type="checkbox"/> 吸引(口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 人工肛門の管理 <input type="checkbox"/> 血糖値測定及びインスリン注射 <input type="checkbox"/> その他()

裏面にも記入してください