

子どもの健康問診票(0・1・2歳児)

【利用日時時点で0・1・2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	令和 年 月 日生 (歳 か月)				在胎期間()週 出生体重()g
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"/> 10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"/> 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

(4)【発育・発達について】あてはまる回答に○をつけ、該当する場合は()に記入又は☑をつけてください			
1 首がすわっている	はい (か月)	いいえ	
2 寝返りをする	はい (か月)	いいえ	
3 ひとりで支えなくお座りができる	はい (か月)	いいえ	
4 歩行について	□ほう (か月) □つたい歩き (か月) □1人歩き (か月)		
5 発語について	□まだ □喃語 □単語 □2語文 □3語文以上		
6 あやすと顔を見て笑う	はい	いいえ	
7 身近な人と見知らぬ人の区別ができる	はい	いいえ	
8 指差しをする	はい	いいえ	
9 食事について	□母乳 □ミルク □混合栄養 【回数(1日 回)】 □離乳食・普通食 ()回		
10 発育・発達について 心配なことはありますか	いいえ	はい	□食事が進まない(食べない・偏食) □ことばの発達がゆっくり □こだわり・かんしゃく・落ち着きの無さ □発達の相談を受けたことがある □その他(下記(5)欄に記入してください)
11 保健センターの親子教室に参加された ことはありますか	いいえ	はい	()歳頃
12 医療機関や保健センター等で発達検査 を受けていたり、療育(児童発達支援・ 児童デイサービス)に通所の経験があ る場合は☑をつけ、()に記入してく ださい	□発達検査を受けたことがある (直近 令和 年 月頃) □障害の診断を受けている (診断名) □児童発達支援・児童デイサービスに通所について (令和 年 月 ~ 令和 年 月まで・現在も通所中・予定)		
13 障害者手帳や手当等を受けている場合 は、☑をつけ、()に等級を記入してく ださい	□特別児童扶養手当()級 □身体障害者手帳()級 □療育手帳() □その他()		

※上記の13の項目に該当する場合は、別途、手帳の写し等が必要となります。

(5)子どもの発育・発達について気になることや心配なこと、健康状態について日常的に配慮していることなどがあれば記入してください。保育施設で伝えておきたいことや注意してほしいことがあればご記入ください。

◆希望施設に記載された事項を情報提供します。また必要に応じて、子どもの発育・発達の状況(乳幼児健康診査、個別の発達相談等)を市担当課等に問い合わせをする場合があります。

上記内容に同意します。 令和 年 月 日

保護者氏名