

子どもの健康問診票(3・4・5歳児)

【利用日時時点で3・4・5歳児対象】

記入日 令和 6 年 10 月 25 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	羽曳野 花子 (男・ <input checked="" type="radio"/> 女)		出生時の 状況	<input checked="" type="checkbox"/> 正常
生年月日	平成(令和) 3 年 11 月 4 日生 (2 歳 11 か月)			<input type="checkbox"/> 帝王切開
現在の 身長	(93)cm	現在の 体重		(13.5)kg
				在胎期間 (38)週
				出生体重 (2763)g

(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	朝食	遊び (9:30~)	昼食	お昼寝 (12:30~1時 間程度)	夕食	遊び・お風呂 (19:00~)	就寝
(7:00)時	(8)時		(12)時		(18)時		(21)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 checked="" type="checkbox"/> 4か月児健診	<input type="checkbox"/> 心配なし <input checked="" type="checkbox"/> その他	内容(体重の増加がゆっくり)
<input checked="" type="checkbox"/> 1歳6か月児健診	<input checked="" type="checkbox"/> 心配なし <input type="checkbox"/> その他	内容()
<input checked="" type="checkbox"/> 2歳6か月児健診(歯科)	<input checked="" 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	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 治療中 病名(心室中隔欠損症) 医療機関名(○○医療センター) 通院頻度()週・()か月・(1)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	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> はい	(0)歳頃 発熱(39.5)°C / 発熱なし / 今までに(1)回
4 アレルギーまたはアトピー はありますか	いいえ	<input checked="" type="radio"/> はい	原因物質(小麦) 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	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 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