

生育状況調査票

令和 年 月 日

児童名	<small>フリガナ</small>	平成/令和 年 月 日生	歳 カ月	男・女		
出産状況	自然分娩 ・ 吸引 ・ 帝王切開 ・ その他 ()					
発達	・首がすわる (か月) ・あやすと笑う (か月) ・ほう (か月) ・寝返り (か月) ・つかまり立ち (か月) ・発語 (か月) ・お座り (か月) ・歩行 (か月)					
健康の状況	・風邪をひきやすい (はい・いいえ) ・熱が出やすい (はい・いいえ) ・のどがゼイゼイしやすい (はい・いいえ) ・鼻血がでやすい (はい・いいえ) ・肘や肩がはずれたことがありますか (はい・いいえ) [部位] ・目や耳に関して心配な事がありますか。(はい・いいえ) [部位] ・健診・受診で指摘を受けたことがありますか (はい・いいえ) [] ・けいれんをおこしたことがありますか (はい・いいえ) 回数 [回] (原因) ○有熱性 ○無熱性 ○泣いたときに起こる ○その他 () ・なにか飲んでいる薬がありますか薬品名 [] ・平熱 (度) 体重 (kg) 血液型 (型 RH +-)					
大きな病気、ケガ	□有の方には具体的にご記入ください □有 □無 []					
アトピー	□有 □無	<有の場合 症状や使用している薬等あればご記入ください				
ぜんそく	□有 □無	<有の場合 症状や使用している薬等あればご記入ください				
今までに かかった 病気	病名	年齢	病名	年齢	B型肝炎	(1・2・3)
	気管支喘息		心臓病		肺炎球菌	(1・2・3・4)
	股関節脱臼		中耳炎		ヒブ	(1・2・3・4)
	ヘルニア		川崎病		四種混合	(1・2・3・4)
	その他				BCG	済 ・ 未
	入院されたことはありますか 病名 年 月 日～ 年 月 日				MR	(1・2)
					水痘	(1・2)
					日本脳炎	(1・2・3)
					ロタウイルス	(1・2)
					インフルエンザ	(1・2)
				おたふく	(1・2)	

○アレルギーが有りますか。 有 無 ○医師の診断 有 無

○食物アレルギーが有りますか。 有 無 (乳類 卵類 豆類 そば類 その他)

○症状 (喘息 湿疹 じん麻疹 下痢 チアノーゼ その他)

【かかりつけの病院があればご記入下さい】

小児科： 小児科 TEL 外科： 外科 TEL

歯科： 歯科 TEL 眼科： 眼科 TEL

【園で注意して欲しいことがあればご記入ください】