

## 健康調査票

名前	子ども		生	年	月	日	
	父		年	月	日		
	母		日	年	月	日	
健康 状況	出生時・発育の状況	妊娠					週
		出生時体重					g
	健康診断の受診状況	3～4か月児検診		受診	未受診		
		6～7か月児検診		受診	未受診		
		9～10か月児検診		受診	未受診		
		指導 無 ・ 有 ( )					
		1歳6か月検診		受診	未受診		
		指導 無 ・ 有 ( )					
	発達や慢性的な病気のことで相談している病院や施設はありますか。	3歳児検診		受診	未受診		
		指導 無 ・ 有 ( )					
	てんかんの有無	無 ・ 有		(発作 年 月)			
		無 ・ 有		(熱性 ・ 無熱性)			
	けいれんの有無	回数 回		(最終 年 月)			
服薬	1日 回		朝 昼 夜 /なし				
アレルギー等がありますか	ない		ある				
①品目	卵 牛乳 大豆 そば その他 ( )						
②給食からの除去	不要		必要				
③アナフィラキシーショックの既往	ない		ある				
④エピペンの有無	ない		ある				
医療的ケアの必要性の有無	無 ・ 有 ( )						
健康上または発達上、気になることがありましたらご記入ください							
障害者手帳・愛の手帳をお持ちですか	ない ・ ある		( )度・級				