一 時 保 育 健 康 診 査 書

Ⅰ　保護者記入欄

利用希望期間　　年　　月　　日～　　年　　月　　日

A 本人	フリガナ 氏　　名 生年月日　　年　　月　　日　　歳　　か月 住　　所
B 保護者	フリガナ 氏　　名 連絡場所 電　　話　　（　　）
C 出生歴	1　妊娠の経過：　　正常　異常（　　） 2　分娩の経過：　　正常　異常（　　） 3　新生児期の経過：正常　異常（　　） 4　出生時体重：＿＿＿＿＿＿g
D 発達歴	1　これまでの発達状況で心配なことはありますか： はい　　いいえ 【はいと答えた場合】具体的にお書きください （　　） 2　１歳児のときの体重：　　g 3　歩行開始月齢：　　か月 4　片言を話し始めた月齢：　　か月 5　１歳半健診状況：問題なし　あり 6　３歳児健診状況：問題なし　あり 7　その他
E 生活習慣	1　眼について気になることがありますか： はい　いいえ 2　聞こえについて気になることがありますか： はい　いいえ 3　話しかけを理解できますか：　はい　いいえ 4　会話ができますか：　はい　いいえ 5　ひどい偏食がありますか：　はい　いいえ 6　服を脱げますか：　はい　いいえ 7　排尿便を予告しますか：　はい　いいえ 8　おねしょをしますか：　はい　いいえ 9　吐きやすくないですか：　はい　いいえ
F ワクチン歴	1　インフルエンザ菌：　1・2・3・4　未 b型（Hib） 2　小児用肺炎球菌：　1・2　未 3　B型肝炎（HBV）：　1・2・3　未 4　ロタウイルス１価：　1・2　未 ５価：　1・2・3　未 5　四種混合（DPT-IPV）：　1・2・3・4　未 （または五種混合） 6　ＢＣＧ：　済　未 7　麻しん・風しん（MR）：1・2　未 8　水痘（水ぼうそう）：　1・2　未 9　日本脳炎：　1・2・3　未
G これまでにかかった病気	1　はしか：　あり　なし 2　水ぼうそう：　あり　なし 3　おたふくかぜ：　あり　なし 4　風疹：　あり　なし 5　心臓病：　あり　なし 6　ぜんそく：　あり　なし 7　熱性けいれん：　あり　なし 8　そけいヘルニア：　あり　なし 9　中耳炎：　あり　なし 10　脱臼：　あり　なし 11　突発性発疹：　あり　なし 12　じんましん：　あり　なし 13　アトピー性皮膚炎：　あり　なし 14　その他の慢性疾患：　あり　なし （病名：　　） 薬の服用をしていますか　はい　いいえ ※慢性疾患等がある場合、主治医に相談し、集団生活について問題がないことを確認していますか はい　いいえ
H 現在の健康状等	1　特に変わりなく元気ですか：　はい　いいえ 平熱　　度 2　食物アレルギーはありますか：　はい　いいえ 3　その他
I その他	保育を利用するにあたり伝えておきたいこと
備考欄	