

身体検査記録表(0・1歳児)

令和 年 月 日
() 保育園

なまえ	(ふりがな)		性別 男・女	父氏名	() 歳	職業
	令和 年 月 日生 出生順位: 第 子 (歳 か月)			母氏名	() 歳	職業
ところ	幸田町大字 字 番地			連絡先	自宅	() -
	(世帯主名)				父	- -
					母	- -
妊娠中の異常	なし・あり()					
出生時の異常	なし・あり()					
在胎週数	週		出生体重	g		
健診	4か月児健診 (受診・未受診)	結果 (健康・要観察)	要観察の場合、助言の内容を記入 ()			
	10か月児健診 (受診・未受診)	結果 (健康・要観察)	要観察の場合、助言の内容を記入 ()			
入園手続き、または在園中において、お子さんの健康状態(健診結果等)を保健センターに確認してもよろしいですか。					はい	いいえ
今までに大きな病気をしたことがありますか。 (麻疹・風しん・おたふく・水痘・百日せき・肺炎・脱水症・髄膜炎・気管支喘息・ケガ・その他)					ない	ある
病院や保健センターで実施した健診で経過を見たり、病院受診をすすめられたことがありますか。 →ある場合(その内容) /結果) →ある場合(受診先・療育施設) /利用頻度)					ない	ある
現在、治療中または経過観察中の病気はありますか。 →ある場合(病名 病院名 主治医)					ない	ある
現在、通院中の主治医より生活上の注意を受けていますか。 →ある場合(内容)					ない	ある
ひきつけを起こしたことがありますか。 →ある場合(時期 受診結果)					ない	ある
アレルギーがありますか。					ない	ある
アレルギーによる食事制限はありますか。 →ある場合(卵・牛乳・他)					ない	ある
薬は使用していますか。 →ある場合(塗布薬・内服薬 病院名)					ない	ある

目つきの異常や目が見にくい心配がありますか。	ない	ある		
耳の聞こえの心配がありますか。	ない	ある		
運動発達などについての心配がありますか。ある場合、相談先はありますか。	ない	ある		
→ある場合(内容))			
→ある場合(相談先・利用機関)	/利用頻度)			
首がすわったのはいつですか。	か月			
おすわりできたのはいつですか。	か月			
つかまり立ちしたのはいつですか。	歳	か月		
つたい歩きをしたのはいつですか。	歳	か月		
ひとり立ちしたのはいつですか。	歳	か月		
歩きはじめはいつですか。	歳	か月		
あやすと笑ったりしますか。	はい	いいえ		
呼びかけて視線が合いますか。	はい	いいえ		
アー、ウーなどの声を出しますか。	はい	いいえ		
バイバイなどのまねをしますか。	はい	いいえ		
授乳・離乳食など食事のことについて困っていることはありますか。	ない	ある		
子育ては、大変だと感じることはありますか。	はい	時々	いいえ	なんともいえない
今までに保育園や幼稚園等に入園していたことがありますか。	ない	ある	(園)	
入園していた保育園や幼稚園等にお子さんの園での様子を確認してもよろしいですか。	はい	いいえ		
母乳(回/日) ミルク(ml*回) 牛乳(ml*回)				
離乳食回 普通食回 おやつ回				
*何か相談したいことや心配なことがありましたら記入してください。				

所見	園長	担当	保健師