

健 康 申 立 書

児童氏名:		(生年月日 年 月 日)/記入者:			(続柄)			
A 出 生 歴	1 妊娠の経過	正常	異常(症状)	E こ れ ま で に か か っ た 病 気	1 はしか:	いいえ	はい	
	2 分娩の経過	正常	異常()		2 水ぼうそう:	いいえ	はい	
	3 新生児期の経過	正常	異常()		3 おたふくかぜ:	いいえ	はい	
	4 出生時体重	_____g			4 風疹:	いいえ	はい	
B 発 達 歴	1 育てた人: 母 ・ その他(続柄)				5 心臓病:	いいえ	はい	
	2 これまでの発達状況:	順	不順()		6 腎臓病:	いいえ	はい	
	3 授乳:	母乳	混合		人工	7 肝臓病:	いいえ	はい
	4 離乳開始月齢:	_____ヶ月			8 気管支ぜんそく:	いいえ	はい	
	5 1歳児の時の体重:	_____g			9 ひきつけ:	いいえ	はい	
	6 歩行開始月齢:	_____ヶ月			10 自家中毒症:	いいえ	はい	
	7 片言を話しはじめた月齢:	_____ヶ月			11 そけいヘルニア:	いいえ	はい	
	8 1歳半健康状況:	問題	なし		あり	12 中耳炎:	いいえ	はい
	9 3歳児健康状況:	問題	なし		あり	13 小児肘内障:	いいえ	はい
C 生 活 習 慣	1 目は良く見えますか:	はい	いいえ		14 水イボ:	いいえ	はい	
	2 耳は良く聞こえますか:	はい	いいえ		15 その他の慢性疾患:	いいえ	はい	
	3 話しかけを理解できますか:	はい	いいえ		(病名:)			
	4 会話ができますか:	はい	いいえ	16 大きなけが:	いいえ	はい		
	5 ひどい偏食がありますか:	はい	いいえ	(症状:)				
	6 服をぬげますか:	はい	いいえ	F そ の 他				
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 吐き易いですか:	はい	いいえ						
10 足腰は丈夫ですか:	はい	いいえ						
11 きき手はどちらですか:	右	左	1 特に変わりなく元気ですか	はい いいえ				
D 予 防 接 種 歴	1 ヒブ	済	接種中	未	2 かかりやすい病気はありますか			
	接種中の状況 ()				3 食品アレルギーはありますか	はい いいえ		
	2 肺炎球菌	済	接種中	未	「はい」の場合は内容をご記入ください。			
	接種中の状況 ()				4 気になる点がありましたらご記入ください			
	3 三種または四種混合:	1	2	3	追	未		
	4 ポリオ(三種混合接種者):			済	未			
	5 BCG:			済	未			
	6 はしか・風疹:			済	未			
	7 日本脳炎:	1	2	追	未			
8 水ぼうそう:	1	2	未					
9 任意接種 おたふくかぜ			済	未				