

入 所 時 健 康 診 断 書

*** 健康診断受診時に母子手帳を一緒に忘れずお持ちください。**

(問診記入日： 年 月 日)

ふりがな 乳幼児名	呼び名(愛称)：	生年月日： 年 月 日 (入所時 歳 か月)			
問 診 票 (該当するところに○印および記入ください)					
1	出生時の体重： _____ g 出産の状況： 正常 ・ 異常 (_____) 首のすわり： _____ か月 寝返り： _____ か月 人見知り： _____ か月 おすわり： _____ か月 ハイハイ： _____ か月 歩行開始： _____ か月 ことばの出始め(マンマ・ブーブーなど)： _____ か月				
2	脱臼したことがありますか … はい(いつ頃： _____) ・ いいえ	3			
4	喘息・気管支炎にかかったことがありますか … はい(いつ頃： _____) ・ いいえ				
5	ひきつけをおこしたことがありますか … はい(いつ頃： _____) ・ いいえ どういう状態の時でしたか (_____) 何か対処法を指示されていますか (_____)				
6	アレルギー体質ですか … はい ・ いいえ 何のアレルギーですか (_____)				
7	大きなけがや病気をしたことがありますか … はい(病名等： _____ / いつ頃： _____) ・ いいえ				
7	現在のお子さんの育ちについて、状況や気になっていること等をご記入ください(身体・ことば・対人関係他) 【健診を受けた方のみお答え下さい】 1歳6ヶ月及び3歳児健診にて …指導を受けた ・ 受けなかった 指導内容 [_____]				
医 師 に よ る 健 康 診 断					
1	栄養状態	2	脊椎	3	頸部
4	リンパ腺腫脹	5	口腔部	6	眼
7	耳	8	鼻	9	胸部
10	腹部	11	四肢	12	皮膚
身長： _____ cm		体重： _____ g		胸囲： _____ cm	
上記診断結果に基づき、集団生活は問題 (ありません ・ あります) 【保育中、特に注意すべき事項・その他】 _____ _____					

健診日： 年 月 日

医療機関名：

医師名： 印