

健康調査書

氏名 _____

出生体重 _____ g

出産時の異常 有 → _____

平熱 _____ °C

無 → _____

1. アレルギー (有・無) アレルギー有る方

☐ 食品

☐ 薬品

☐ ハウスダスト

☐ その他

2. お子さまの体質チェック (あてはまる番号にチェックを付けて下さい)

- | | | |
|---|-------------------------------------|--|
| ☐ 1. 風邪をひきやすい | ☐ 6. 下痢しやすい | ☐ 11. よく頭痛を訴える |
| ☐ 2. 熱が出やすい | ☐ 7. 便秘しやすい | ☐ 12. 湿疹ができやすい |
| ☐ 3. 熱性けいれんをおこしたことがある | ☐ 8. 嘔吐しやすい | ☐ 13. 中耳炎になりやすい |
| ☐ 4. ひきつけをおこしたことがある | ☐ 9. 気管支が弱い | ☐ 14. 鼻血が出やすい |
| ☐ 5. お腹をこわしやすい | ☐ 10. よく咳をする | ☐ 15. 脱臼しやすい |
| ☐ 16. その他の病気 (_____) | | |

* 上記にチェックをされた方は、その時の対処法をお書き下さい。

番

番

3. 予防接種/感染症 (接種・感染したものに○を付けて下さい)

	接種歴	感染歴		接種歴	感染歴		接種歴	感染歴
四種混合			MR (麻しん風しん混合)					
肺炎球菌			日本脳炎					
BCG			ヒブ					

4. これまでの病気

* 熱性けいれん : 初回 ○ 歳 ○ ヶ月 / 最後は ○ 歳 ○ ヶ月 (これまでに ○ 回)

* 喘息 : 毎日 薬を... / 飲んでいる / いない / 発作時のみ

* 喘息様気管支炎 : 毎日 吸入治療を... / している / していない / 発作時のみ

* アトピー性皮膚炎 : ない / ある (治療は...内服薬・食事療法)

* その他の病気 (具体的に) → *

* 入院したこと ある / ない → *

病名 :

歳

ヶ月

病名 :

歳

ヶ月

5. 常時内服している薬

* 喘息、アトピー性皮膚炎、けいれん等で、内服しているお薬があれば、具体的にお書き下さい。(内服時間も)

6. お子さまの病気について、お医者様からの注意事項があったらご記入ください。

7. 睡眠について

* すぐ寝る / だっこする / おんぶする / その他のくせ (_____)