

入所前健康診断書

実施 年 月 日

No. _____

| | | | | | | |
|------------------------|-------|----|--------------------|--------|-----|-----|
| フリガナ | | 性別 | 男・女 | かかりつけ医 | 病院名 | |
| 児童氏名 | | | | | 住所 | |
| 生年月日 | 年 月 日 | 年齢 | 才 ヵ月 | | 電話 | () |
| 保護者氏名 | | 電話 | | | | |
| 住所 | 武蔵野市 | | | | | |
| 入所前健康診断を受診する場所※どちらかを記入 | | | 保育施設()・担当医師の医院() | | | |

- *この書類はお子さんの健康を守るため、また入所後の健康管理の資料になる大切な調査書です。
- *入所目的以外には使用せず、慎重に扱いますので、母子手帳などを参考にご記入ください。
- *後日記載事項に偽りが判明したときは入所をお断りすることもありますので、下記の欄に正確にご記入ください。

保護者記入欄（事前にご記入ください）

| | | | | | |
|-----------------|---|-----------------------------------|------------------|--|-------|
| の出生状況前 | 妊娠中の異常はあったか(症状・病名・週数) | お子さんの平熱 (°C) | B型肝炎 | 年 月 日 | |
| | 分娩週数 ()週 | | | けいれんを □起こしたことはない □起こしたことがある (回) 最後に起こしたのは(年 月頃) | 年 月 日 |
| 出生時の状況 | 分娩の状態 ・正常・帝王切開・吸引・鉗子 | 起こしたとき □熱があった (°C) □熱はなかった | ロタウイルス | 年 月 日 | |
| | 分娩の経過 ・頭位・骨盤位・その他() | | | 年 月 日 | |
| | 出生児の状態 ・異常なし ・異常あり 異常ありの場合 ・仮死 ・チアノーゼ ・その他() | | | 年 月 日 | |
| | 体重(g) 身長(cm) | | | 年 月 日 | |
| 出生後の状況 | 頭囲(cm) 胸囲(cm) | ・ダイアアップ座薬使用 有・無 | 予 防 接 種 | 年 月 日 | |
| | 栄養法 (母乳・混合・人工乳) | 医療機関名 | | 肺炎球菌 | 年 月 日 |
| | 離乳食開始(ヵ月), 完了(ヵ月) | 食物アレルギー 有・無 | | | 年 月 日 |
| | 【身体発達】 | 現在除去している食品 | | 四種混合 (DPT+不活化ポリオ) | 年 月 日 |
| | 首のすわり …… ヵ月 | アナフィラキシー症状 有・無 | | | 年 月 日 |
| | 寝返り …… ヵ月 | 食物以外のアレルギー | | 五種混合 (四種+ヒブ) | 年 月 日 |
| | おすわり …… ヵ月 | 使用している薬 | | | 年 月 日 |
| | はいはい …… ヵ月 | 医療機関名 | | BCG | 年 月 日 |
| | つかまり立ち …… ヵ月 | 使えない薬 | | | 年 月 日 |
| | ひとり歩き …… 歳 ヵ月 | 気になる症状 | | 麻疹・風しん(MR) | 年 月 日 |
| 意味のある言葉 …… 歳 ヵ月 | | 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) | 年 月 日 | | |
| 2語文 …… 歳 ヵ月 | | 水痘 (水ぼうそう) | 年 月 日 | | |
| 発育についての心配 有・無 | | 日本脳炎 | 年 月 日 | | |
| 健康診査の受診 | ・1歳6か月児 有・無 | | | 年 月 日 | |
| | ・3歳児 有・無 | | | 年 月 日 | |
| 過去の病気の病歴 | (例) 麻疹 ○年○月 | | | 年 月 日 | |
| | (例) 心室中隔欠損手術 ○年○月 | | | 年 月 日 | |
| 家族の病歴 | 結核性疾患(続柄) | 備考 | | 年 月 日 | |
| | 肝臓疾患(続柄) | | | | |
| | B型肝炎 / C型肝炎 | | | | |

| | | | | | | |
|-------|----|----|-------|-----|------|-----------|
| 医師記入欄 | 体重 | kg | 開排制限 | 皮膚 | 医師所見 | 保育施設受付印 |
| | 身長 | cm | ヘルニア | その他 | | |
| | 脊柱 | | 斜視・斜頸 | | 医師名 | |
| | 四肢 | | 扁桃腺肥大 | | | |
| | | | | | | (集団・個別)受診 |

◎保護者記入欄まで記入の上、健康診断日に母子手帳と一緒に忘れずにお持ちください。

武蔵野市子ども家庭部子ども育成課

入所前健康診断書

実施 年 月 日

No. _____

| | | | | | | |
|---------|---|----|----|-----|--|-----|
| フリガナ | <h1>記入例</h1> | | | 男・女 | かかりつけ医 | 病院名 |
| 児童氏名 | | | | 才 月 | 住所 | 電話 |
| 生年月日 | 保護者氏名 | 電話 | 住所 | 電話 | 保育施設の指定した健康診断の日に受診した場合(集団受診)は保育施設名を記入し、個別に担当医師の医院で受診した場合は医療機関名を記入。 | |
| 住所 武蔵野市 | 入所前健康診断を受診する場所※どちらかを記入 保育施設() ・ 担当医師の医院() | | | | | |

*この書類はお子さんの健康を管理する上で重要な資料になる大切な調査書です。

- *入所目的以外には使用せず、
- *後日記載事項に偽りが判明した場合は、

尿にタンパクが出た
尿に糖が出た
血圧が高かった

を参考に記入してください。
ありますので、下記

- ・□の中に☑をいれてください
- ★空欄にけいれんの状態を記入してください
- ・けいれんの時間、左右対称か左右不対称か、
- ・手足ががくがく動いているか突っ張っているか

保護者記入欄(事前にご記入)

| | | | | | | |
|------------|---|------|---|-------------|-------------------|-------|
| の出生状況前 | 妊娠中の異常はあったか(症状) | 熱() | けいれんを □起こしたことはない □起こしたことがある(回) 最後に起こしたのは(年 月 頃) | ロタウイルス | 年 月 日 | |
| 出生時の状況 | 分娩週数 ()週 | | 起こしたとき □熱があった(°C) □熱はなかった | ヒブ | 年 月 日 | |
| | 分娩の状態 ・正常・帝王切開・吸引・鉗子 | | ・ダイアアップ座薬使用 有・無 | | 年 月 日 | |
| | 分娩の経過 ・頭位・骨盤位・その他() | | 医療機関名 | | 年 月 日 | |
| | 出生児の状態 ・異常なし ・異常あり 異常ありの場合 ・仮死 ・チアノーゼ ・その他() | | 食物アレルギー 有・無 | | 年 月 日 | |
| 出生後の状況 | 体重(g) 身長(cm) | 現在把握 | 現在除去している食品 | 予防接種 | 肺炎球菌 | |
| | 頭囲(cm) 胸囲(cm) | | アナフィラキシー症状 有・無 | | 年 月 日 | |
| | 栄養法 (母乳・混合・人工乳) | | 食物以外のアレルギー | | 四種混合 (DPT+不活化ポリオ) | 年 月 日 |
| | 離乳食開始(月), 完了(月) | | | | 五種混合 (四種+ヒブ) | 年 月 日 |
| | 【身体発達】 首のすわり …… 月 日 | | | | 気になる症状 | 年 月 日 |
| | 寝返り おすわり はいはい つかまり立ち ひとり歩き 意味のある言葉… 2語文 | | ママ パパ ぶーぶー ニャーニャー ワンワン など ニャーニャー いたね ワンワン みたね など | | | 年 月 日 |
| 健康診断の受診の有無 | ・1歳6か月児 有・無 ・3歳児 有・無 | | BCG | 年 月 日 | | |
| 過去の病気の現在 | (例) 麻疹 ○年○月 (例) 心室中隔欠損手術 ○年○月 | | | 麻しん・風しん(MR) | 年 月 日 | |
| 家族の病気 | 結核性疾患(続柄) 肝臓疾患(続柄) B型肝炎 / C型肝炎 | | | | 日 | |

麻疹・水痘・流行性耳下腺炎・喘息
中耳炎・心臓病 など
手術 ・ 入院についても記入して下さい

- ・3日間～5日間ぐらい便秘することがある
- ・肘が抜けやすい
- ・言葉がうまくしゃべれない
- ・意味もなく、他の子や大人をたたくことが多い
- ・よく動きまわる

| | | | | | | |
|-------|----|----|-------|-----|------|---------|
| 医師記入欄 | 体重 | kg | 開排便制限 | 皮膚 | 医師所見 | 保育施設受付印 |
| | 身長 | cm | ヘルニア | その他 | | |
| | 脊柱 | | 斜視・斜頸 | | 医師名 | |
| | 四肢 | | 扁桃腺肥大 | | | |