

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			年齢	才 カ月		住所			
生年月日	年	月	日	電話		電話	()		
保護者氏名			電話						
住所	武藏野市								
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 状況	妊娠中の異常はあったか(症状・病名・週数)			現在把握している症状・その他	お子さんの平熱 (°C)		予防接種	年 月 日	
	分娩週数 ()週				けいれんを			年 月 日	
	分娩の状態 ・正常・帝王切開・吸引・鉗子				□起きたことはない			年 月 日	
	分娩の経過 ・頭位・骨盤位・その他()				□起きたことがある (回)			年 月 日	
	出生児の状態 ・異常なし ・異常あり				最後に起きたのは(年 月頃)			年 月 日	
	異常ありの場合 ・仮死 ・チアノーゼ ・その他()				起きたとき			年 月 日	
	体重(g) 身長(cm)				□熱があった (°C)			年 月 日	
	頭囲(cm) 胸囲(cm)				□熱はなかった			年 月 日	
	栄養法 (母乳 ・ 混合 ・ 人工乳)				・ダイアップ座薬使用 有 ・ 無			年 月 日	
	離乳食開始(カ月), 完了 (カ月)				医療機関名			年 月 日	
出生後の状況	【身体発達】			食物アレルギー 有 ・ 無		四種混合 (DPT+不活化ポリオ)	年 月 日		
	首のすわり	....	カ月	現在除去している食品			年 月 日	
	寝返り	....	カ月	アナフィラキシー症状 有 ・ 無			年 月 日	
	おすわり	....	カ月	食物以外のアレルギー			年 月 日	
	はいはい	....	カ月	使用している薬			年 月 日	
	つかまり立ち	....	カ月	医療機関名			年 月 日	
	ひとり歩き	....	歳	使えない薬			年 月 日	
	意味のある言葉	....	歳	気になる症状			年 月 日	
	2語文	....	歳				年 月 日	
	発育についての心配 有 ・ 無						年 月 日		
健康診査の	・1歳6か月児 有 ・ 無					BCG	年 月 日		
	・3歳児 有 ・ 無					麻しん・風しん(MR)	年 月 日		
過去の病気現在	(例) 麻疹 ○年○月					流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	年 月 日		
	(例) 心室中隔欠損 手術 ○年○月					水痘(水ぼうそう)	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			備 考					

医師記入欄	体 重	kg	開排制限		皮ふ	医師所見 医師名	保育施設受付印
	身 長	cm	ヘルニア		その他		
	脊 柱		斜視・斜頸				
	四 肢		扁桃腺肥大				

◎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。

武藏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	記入例		男・女	かかりつけ医	病院名	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。
児童氏名			姓		名		住所
生年月日	西暦	月	電話		電話	
保護者氏名			電話			
住所	武藏野市					
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

*入所目的以外には使用せず、

*後日記載事項に偽りが判明

尿にタンパクが出た

尿に糖が出た

血圧が高かった

保護者記入欄(事前にご記入)

の出 状況	妊娠中の異常はあったか(症状)		現在把握	けいれんを □起きたことはない □起きたことがある(回) 最後に起きたのは(年月頃)	熱()	ロタウイルス	年月日
	分娩週数(週)	分娩の状態 ・正常・帝王切開・吸引・鉗子					年月日
出生時の状況	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	年月日					
	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					
	頭囲(cm) 胸囲(cm)	年月日					
出生後の状況	栄養法(母乳・混合・人工乳)	年月日					
	離乳食開始(カ月), 完了(カ月)	年月日					
	【身体発達】		年月日				
	首のすわり	カ月	年月日				
	寝返り	年月	年月日				
	おすわり はいはい	ママ パパ ぶーぶー ニヤーニャー ワンワン など	年月	ヒブ	年月日		
	つかまり立ち	カ月	年月日				
	ひとり歩き	歳 カ月	年月日				
	意味のある言葉	年月	年月日				
	2語文	ニヤーニャー いたね ワンワン みたね など	年月	予防接種	肺炎球菌	年月日	
発育についての心配	年月	年月日					
健康受診の	・1歳6か月児 有・無	年月日					
	・3歳児 有・無	年月日					
過去の病気現在	(例) 麻疹 ○年○月	年月日					
	(例) 心室中隔欠損 手術 ○年○月	年月日					
麻疹・水痘・流行性耳下腺炎・喘息 中耳炎・心臓病など		年月日					
手術・入院についても記入して下さい		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	年月日					

の資料になる大切な調査書です。

ご参考にご記入ください
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

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