

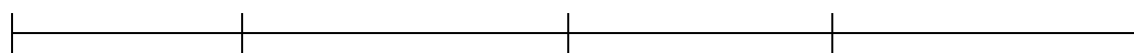
一時保育健康チェック票

フリガナ		生年月日	登録年月日
氏名		年 月 日生	年 月 日

<p>《アレルギー》</p> <p>・ある（食品・薬品・その他）</p> <p>具体的に（ ）</p> <p>・ない</p> <hr/> <p>《予防接種状況》 □に受けた回数をチェックしてください。</p> <p>B型肝炎□□□ □ロタ□□ □Hib□□□□</p> <p>肺炎球菌□□□□ □ポリオ□□□□</p> <p>三種混合（DPT）□□□□</p> <p>四種混合（ポリオ+DPT）□□□□ □BCG□</p> <p>MR（麻疹+風疹）□□ □水痘（水ぼうそう）□□</p> <p>流行性耳下腺炎（おたふく）□□ □日本脳炎□□□</p> <p>その他（ ）</p> <hr/> <p>《病気等について》 かかった病気にチェックしてください。</p> <p><input type="checkbox"/>麻疹 <input type="checkbox"/>風疹 <input type="checkbox"/>流行性耳下腺炎（おたふく）</p> <p><input type="checkbox"/>水痘（水ぼうそう）</p> <p><input type="checkbox"/>その他（ ）</p> <p><input type="checkbox"/>けいれん（ひきつけ）を起こしたことがある。（ 年 月頃）</p> <p><input type="checkbox"/>熱が出たとき（ ℃）（時間 分間）</p> <p><input type="checkbox"/>熱がないとき（時間 分間）</p> <p>ダイアブ座薬の使用（有・無）</p> <p><input type="checkbox"/>喘息を起こしたことがある（ 年 月頃）</p> <p>薬の使用、発作、入院経験などを記入してください。</p> <p>（ ）</p> <p><input type="checkbox"/>肘内障（肘が抜ける）を起こしたことがある。（ 年 月頃）</p> <p><input type="checkbox"/>そけいヘルニア</p> <p><input type="checkbox"/>その他健康上伝えたいこと。</p> <p>（ ）</p> <hr/> <p>平熱（ ℃）</p> <hr/> <p>排泄方法（ おむつ・パンツ・知らせる ）</p> <hr/> <p>睡眠の方法（ ）</p> <hr/> <p>好きなあそび（ ）</p>	<p>《食事の方法》</p> <p>（ ラック・だっこ・椅子 ）</p> <p>《食べ方》</p> <p>（ 手づかみ・スプーン・箸 ）</p> <p>《好きな食べ物》</p> <p>（ ）</p> <p>《嫌いな食べ物》</p> <p>（ ）</p> <p>《水分の取り方》</p> <p>（ コップ・マグ・ストロー・哺乳瓶 ）</p> <p>《離乳食の進み具合》</p> <p>*当てはまるところにチェックしてください。</p> <p><input type="checkbox"/>まだ始めていない。</p> <p><input type="checkbox"/>ペースト状のものが食べられる。（前期）</p> <p><input type="checkbox"/>舌でつぶせる固さのものが食べられる。（中期）</p> <p><input type="checkbox"/>歯茎でつぶせる固さのものが食べられる。（後期）</p> <p><input type="checkbox"/>おかゆの固さ（ 倍がゆ）</p> <p>*現在食べているものに○をしてください。</p> <p>〔 豚・鶏・ひき肉・ベーコン 〕</p> <p>〔 白身魚・青魚 〕</p> <p>・ミルクの名前（ ）</p> <p>・哺乳瓶（ ）</p> <hr/> <p>食生活上、特に伝えたいこと。 *アレルギーの有無（具体的に）、食べたことのない食品など</p> <hr/> <p>その他伝えたいこと。</p>
---	---

生活リズム

朝5時 昼12時 17時 夜 22時 4時



備考 睡眠、食事（ミルク・離乳食）、排便などについて記入してください。