

入所(園)児健康診断票  
産休明け～6か月児

健診日 平成 年 月 日

児童名	フリガナ				男 · 女	
					平成 年 月 日生	
					( 歳 か月 )	
実測値	身長	体重	胸囲	頭囲		
	・ cm	・ kg	・ cm	・ cm		
体格 ( 大 · 普通 · 小 )		栄養 ( 肥満 · 普通 · やせ )				
診察所見	1 身体的発育の問題 ( )		6 皮膚・泌尿器疾患 ・湿疹			
	2 精神発達 ・笑う ・喃語が出る ・視線が合う		・停留睾丸 ・その他 ( )			
	3 運動発達 ・頸定 ・物をつかむ		7 循環器疾患 ・心雜音 ・その他 ( )			
	4 神経・感覚器 ・追視をする ・斜視		8 呼吸器疾患 ・そけいヘルニア ・その他 ( )			
	・大泉門の異常 ・聴覚異常 ・筋緊張異常 ・けいれん ・その他 ( )		9 消化器疾患 ・先天性股関節脱臼 ・斜頸 ・その他 ( )			
	5 血液疾患 ・貧血 ・その他 ( )		10 形態異常			
	 					
	判定・事後措置	① 異常なし ② 要観察 ③ 要医療		病名又は問題		
		④ 治療中		#1 ( )		
		医療機関名 健診医氏名		#2 ( )		
		紹介先				

保護者様

保育所（園）

健康診断問診票

児童名

次のことについておたずねします。いづれかに○をつけてください。

(産休明け～3か月児)

- |  |        |
|--|--------|
| 1. 腹ばいにさせると、腕でからだを支え頭を少しもちあげますか。             | はい・いいえ |
| 2. あやすと声をだして笑いますか。                           | はい・いいえ |
| 3. 「アー」「ウー」などの声をだしますか。                       | はい・いいえ |
| 4. 動くものを目で追いかけますか。                           | はい・いいえ |
| 5. 目つきや目の動きが、おかしいと思ったことがありますか。               | ない・ある  |
| 6. 身体が柔らかく、しっかりしないとか、手足がつっぱってかたいと思うことがありますか。 | ない・ある  |
| 7. お風呂に入れたとき、お乳をのむとき、泣いたときに唇が紫色になる時がありますか。   | ない・ある  |
| 8. お乳の飲みが少ないと心配したことがありますか。                   | ない・ある  |
| 9. お乳をしばしば大量に吐くことがありますか。                     | ない・ある  |
| 10. おなかが異常に大きいと感じたことがありますか。                  | ない・ある  |
| 11. 風邪にかかったら、ゼコゼコいうことがありますか。                 | ない・ある  |

(4か月～6か月児)

- |   |        |
|---|--------|
| 1. 抱いているとき、首はすわっていますか。                            | はい・いいえ |
| 2. 腹ばいにさせると、うでで身体を支え頭を持ち上げますか。                    | はい・いいえ |
| 3. あお向きから横向きに半分寝返りますか。                            | はい・いいえ |
| 4. 顔の前で両手を絡み合わせて遊びますか。                            | はい・いいえ |
| 5. 握ったおもちゃや手を口に持っていき、なめたりしますか。                    | はい・いいえ |
| 6. 見えない方から声を掛けるとそちらのを向きますか。                       | はい・いいえ |
| 7. けいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか。<br>どのような状態でおきましたか。（ ） | ない・ある  |
| 8. 風邪にかかったら、ゼコゼコいうことがありますか。                       | ない・ある  |

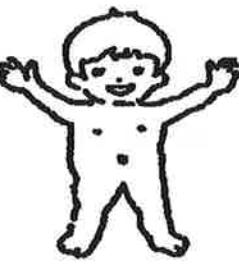
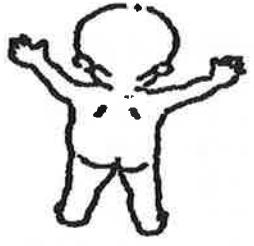
(産休明け～6か月児)

- |  |       |
|--|-------|
| 1. 育児をしていてよくイライラしたりすることがありますか。                           | ない・ある |
| 2. 育児について相談する相手がなく、困っていることがありますか。                        | ない・ある |
| 3. 心配なこと、相談したいことがあれば書いてください。<br>( )                      |       |
| 4. 下の（ ）の中でかかったことのある病名に○をつけてください。<br>( 麻疹 風疹 水痘 おたふくかぜ ) |       |

予防接種	● 接種したものにチェックをしてください。	
	<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> B型肝炎(HBV)
<input type="checkbox"/> ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ	<input type="checkbox"/> 口タウイルス	
<input type="checkbox"/> インフルエンザ菌b型(Hib)	<input type="checkbox"/> その他( )	
<input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌(7価結合型)		

入所(園)児健康診断票  
7か月～1歳5か月児

健診日 平成 年 月 日

児童名	フリガナ				男 · 女	
					平成 年 月 日生	
実測値	身長 ・ cm	体重 ・ kg	胸囲 ・ cm	頭囲 ・ cm		
	体格 ( 大 · 普通 · 小 )		栄養 ( 肥満 · 普通 · やせ )			
診察所見	1 身体的発育の問題 ( )		7 循環器疾患 ・心雜音			
	2 精神発達 ・単語を言う ・視線が合う		8 呼吸器疾患 ・喘息性疾患 ・その他 ( )			
	3 運動発達 ・お座り ・支え立ち ・一人歩き		9 消化器疾患 ・そけいヘルニア ・その他 ( )			
	4 神経・感覚器 ・斜視 ・聴覚異常 ・筋緊張異常 ・けいれん ・その他 ( )		10 形態異常 ・先天性股関節脱臼 ・斜頸 ・その他 ( )			
	5 血液疾患 ・貧血 ・その他 ( )		 			
	6 皮膚・泌尿器疾患 ・湿疹 ・停留睾丸 ・その他 ( )					
	判定・事後措置	① 異常なし ② 要観察 ③ 要医療 ④ 治療中		病名又は問題		
				#1 ( )		
				#2 ( )		
		医療機関名 健診医氏名		紹介先		

保護者様

保育所（園）

健康診断問診票（7か月～1歳5か月児）

児童名 \_\_\_\_\_

次のことについておたずねします。いづれかに○をつけてください。

1. 支えなしで、しばらく座っていますか。 はい・いいえ  
2. 立たせると足をついて少し体重を支えますか。 はい・いいえ  
3. 手をのばしておもちゃをつかみ、持ちかえますか。 はい・いいえ  
4. 家族と一緒にいる時、話しかけるような声を出しますか。 はい・いいえ  
5. 「ブー」「バー」「アブー」など、時には繰り返しておしゃべりをしますか。 はい・いいえ  
6. 「イナイイナイバー」をすると喜びますか。 はい・いいえ  
7. 知っている人と知らない人を区別（人見知り）しますか。 はい・いいえ  
8. 耳が聞こないと心配したことがありますか。 はい・いいえ  
9. 音がする方を見ますか。 はい・いいえ  
10. からだがやわらかくしっかりしないとか、手足がつっぱってかたいと思うことがありますか。 はい・いいえ  
11. 脱臼したことがありますか。  
  どのような状態でおきましたか。 ( ) ない・ある  
12. けいれん（ひきつけ）をおこしたことがありますか。  
  どのような状態でおきましたか。 ( ) はい・いいえ  
13. 歯がはえてきましたか。 はい ( 本 ) ・いいえ  
14. アレルギ一体質（アトピー性体质、喘息、じんましん、  
  食物アレルギー、ハチ等）と医師から診断を受けたことがありますか。  
  どのような状態でおきましたか。 ( ) ない・ある  
15. 育児をしていて、イライラすることがよくありますか？ はい・いいえ  
16. 育児について相談する相手がなく、困っていることがありますか。 はい・いいえ  
17. 心配なこと、相談したいことがあれば書いてください。  
  ( )  
18. 下の( )の中でかかったことのある病名に○をつけてください。  
  ( 麻疹      風疹      水痘      おたふくかぜ )

予 防 接 種	● 接種したものにチェックしてください。	
	<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌（7価結合型）
	<input type="checkbox"/> ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ	<input type="checkbox"/> B型肝炎（HBV）
	<input type="checkbox"/> 麻疹・風疹	<input type="checkbox"/> ロタウイルス
	<input type="checkbox"/> 水痘（水ぼうそう）	<input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ	
	<input type="checkbox"/> インフルエンザ菌b型（Hib）	

健診医様

保育所(園)

入所(園)児健康診断票  
1歳6か月～3歳児

健診日 平成 年 月 日

児童名	フリガナ				男 · 女
					平成 年 月 日生
実測値	身長	体重	胸囲	頭囲	
	・ cm	・ kg	・ cm	・ cm	
体格 ( 大 · 普通 · 小 )		栄養 ( 肥満 · 普通 · やせ )			
診察所見	1 身体的発育の問題		7 呼吸器疾患 · ぜんそく性疾患		
	( )		· その他 ( )		
	2 運動発達 · ひとり歩き		8 消化器疾患 · そけいヘルニア		
	· 小さいものをつかむ		· その他 ( )		
	3 神経・感覚器 · 視覚異常		· その他 ( )		
	· 聴覚異常		· その他 ( )		
	· けいれん		· その他 ( )		
	· その他 ( )		· その他 ( )		
	4 血液疾患 · 貧血		· その他 ( )		
	· その他 ( )		· その他 ( )		
5 皮膚・泌尿器疾患 · 湿疹					
· 停留睾丸					
· その他 ( )		· その他 ( )			
6 循環器疾患 · 心雜音		· その他 ( )			
· その他 ( )		· その他 ( )			
判定・事後措置	① 異常なし ② 要観察 ③ 要医療		病名又は問題		
	④ 治療中		#1 ( )		
	医療機関名 健診医氏名		#2 ( )		
			紹介先		

保護者様

保育所（園）

健康診断問診票（1歳6か月児～3歳児）

児童名

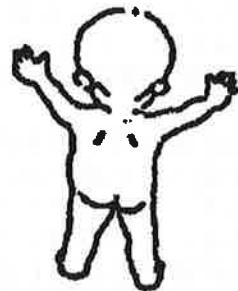
次のことについておたずねします。いづれかに○をつけてください。

- |   |        |
|---|--------|
| 1. 支えなしで、上手に歩くことができますか。   | はい・いいえ |
| 2. 手をひかれて階段を上がることができますか。  | はい・いいえ |
| 3. 鉛筆などでなぐり描きをしますか。   | はい・いいえ |
| 4. 積み木など小さいものを指先でつまみますか。  | はい・いいえ |
| 5. 絵本みて知っているものを指さしますか。  | はい・いいえ |
| 6. 「マンマ」「パパ」「ワンワ」「ブーブー」など意味のある言葉を言いますか。   | はい・いいえ |
| 7. 大人のいう簡単な指示に従いますか。<br>(おいで、ねんね、ちょうどいなど)   | はい・いいえ |
| 8. 大人のまねをしたがりますか。   | はい・いいえ |
| 9. 周囲の人やほかの子どもたちに関心を示しますか。  | はい・いいえ |
| 10. 自分の好きなおもちゃで遊びますか。   | はい・いいえ |
| 11. 相手になると喜びますか。  | はい・いいえ |
| 12. コップを自分で持って水を飲めますか。  | はい・いいえ |
| 13. 自分でスプーンを持って食べようとしますか。   | はい・いいえ |
| 14. おしつこや、うんちのしつけを始めましたか。   | はい・いいえ |
| 15. 食欲や偏食などで困っていることがありますか。  | ない・ある  |
| 16. かんが強く、泣き入ったり（息を止める）することがよくありますか。  | ない・ある  |
| 17. ひどく落ち着きがなく、動きすぎると思うことがありますか。  | ない・ある  |
| 18. 目はよく見えていますか。  | はい・いいえ |
| 19. 目つきや目の動きがおかしいと思ったことがありますか。  | ない・ある  |
| 20. けいれん（ひきつけ）をおこしたことがありますか。<br>どのような状態でおきましたか。（ ）                                      | ない・ある  |
| 21. 耳はよく聞こえていますか。   | はい・いいえ |
| 22. 手足の動きがぎこちなく、つっぱった感じがありますか。  | ない・ある  |
| 23. 脱臼したことがありますか。<br>どのような状態でおきましたか。（ ）   | ない・ある  |
| 24. アレルギー体質（アトピー性体質、喘息、じんましん、<br>食物アレルギー、ハチ等）と医師から診断を受けたことがありますか。<br>どのような状態でおきましたか。（ ） | ない・ある  |
| 25. お子さんとよく遊んでいますか。   | はい・いいえ |
| 26. 育児をしていて、イライラすることがよくありますか？   | ない・ある  |
| 27. 育児について相談する相手がなく、困っていることがありますか。  | ない・ある  |
| 28. 心配なこと、相談したいことがあれば書いてください。<br>( )  |        |
| 29. 下の（ ）の中でかかったことのある病名に○をつけてください。<br>( 麻疹 風疹 水痘 おたふくかぜ )                               |        |

予防接種	● 接種したものにチェックしてください。	
	<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> インフルエンザ菌b型 (Hib)
<input type="checkbox"/> ポリオ	<input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌（7価結合型）	
<input type="checkbox"/> ジフテリア・百日せき・破傷風	<input type="checkbox"/> B型肝炎 (HBV)	
<input type="checkbox"/> 麻疹・風疹	<input type="checkbox"/> ロタウイルス	
<input type="checkbox"/> 水痘（水ぼうそう）	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
<input type="checkbox"/> おたふくかぜ		

入所(園)児健康診断票  
3歳~5歳児

健診日 平成 年 月 日

児童名	フリガナ				男 · 女
					平成 年 月 日生
実測値	身長 · cm	体重 · kg	胸囲 · cm	頭囲 · cm	
	体格 ( 大 · 普通 · 小 )		栄養 ( 肥満 · 普通 · やせ )		
診察所見	1 身体的発育の問題 ( )		7 呼吸器疾患 ·ぜんそく性疾患 ·その他 ( )		
	2 運動発達 ·片足立ち ·積み木をつむ		8 消化器疾患 ·そけいヘルニア ·その他 ( )		
	3 神経・感覚器 ·視覚異常 ·聴覚異常 ·けいれん ·その他 ( )		7 呼吸器疾患 ·ぜんそく性疾患 ·その他 ( )		
	4 血液疾患 ·貧血 ·その他 ( )		8 消化器疾患 ·そけいヘルニア ·その他 ( )		
	5 皮膚・泌尿器疾患 ·湿疹 ·停留睾丸 ·その他 ( )		7 呼吸器疾患 ·ぜんそく性疾患 ·その他 ( )		
	6 循環器疾患 ·心雜音 ·その他 ( )		8 消化器疾患 ·そけいヘルニア ·その他 ( )		
	 				
	判定・事後措置	① 異常なし ② 要観察 ③ 要医療 ④ 治療中		病名又は問題	
				#1 ( )	
				#2 ( )	
医療機関名 健診医氏名		紹介先			

## 保護者様

保育所（園）

## 健康診断問診票（3歳児～5歳児）

児童名

次のことについておたずねします。いづれかに○をつけてください。

1. 手を使わずに足を交互に出してひとりで階段をあがりますか。 はい・いいえ  
 2. クレヨンなどでまねて○を描くことができますか。 はい・いいえ  
 3. ボタンをかけることができますか。 はい・いいえ  
 4. 自分の姓と名が言えますか。 はい・いいえ  
 5. 同年齢のこどもと会話ができますか。 はい・いいえ  
 6. 言葉が遅れているという心配はありますか。 はい・いいえ  
 7. 耳はよく聞こえていますか。 はい・いいえ  
 8. 乗り物遊びや怪獣ごっこ、ままごとなど役割のあるごっこあそびができますか。 はい・いいえ  
 9. こぼさないで一人で食べますか。 はい・いいえ  
 10. 簡単な洋服は一人で脱いだり着たりできますか。 はい・いいえ  
 11. 昼間のおしっこを前もって知らせますか。 はい・いいえ  
 12. 食事の後は、歯磨きや口すすぎのしつけをしていますか。 はい・いいえ  
 13. 次のことがらについて、いま特に心配なことがあれば○を付けてください。  
 \*ひどく不安を示したり、おびえる \*ひどい人見知り \*母親から離れない  
 \*友達と遊ばない \*遊びがかたよる \*動きが乏しい \*視線が合わない  
 \*親や周囲の人に無関心 \*甘えてこない \*落ち着きがなく集中できない  
 \*乱暴がひどい \*くせがある（指しゃぶり、爪かみ、チックなど）  
 \*偏食がひどい \*話し方がおかしい（どもる、赤ちゃん言葉、発音がおかしい）  
 \*睡眠の異常（睡眠時間が短い、ねむりが浅い、夜泣きがひどい）
14. 朝、顔を洗っていますか。 はい・いいえ  
 15. 朝食を食べていますか。 はい・いいえ  
 16. アレルギー体質（アトピー性体質、喘息、じんましん、  
 食物アレルギー、ハチ等）と医師から診断を受けたことがありますか。  
 どのような状態でおきましたか。（ ） ない・ある  
 17. けいれん（ひきつけ）をおこしたことがありますか。  
 どのような状態でおきましたか。（ ） ない・ある  
 18. 脱臼したことがありますか。  
 どのような状態でおきましたか。（ ） ない・ある  
 19. お子さんとよく遊んでいますか。 はい・いいえ  
 20. 育児をしていて、イライラすることがよくありますか？ ない・ある  
 21. 育児について相談する相手がなく、困っていることがありますか。 ない・ある  
 22. 心配なこと、相談したいことがあれば書いてください。  
 （ ）  
 23. 下の（ ）の中でかかったことのある病名に○をつけてください。  
 （ 麻疹 風疹 水痘 おたふくかぜ ）

予 防 接 種	● 接種したものにチェックしてください。	
	<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ
	<input type="checkbox"/> ポリオ	<input type="checkbox"/> インフルエンザ菌 b 型 (Hib)
	<input type="checkbox"/> ジフテリア・百日せき・破傷風	<input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌（7価結合型）
	<input type="checkbox"/> 麻疹、風疹	<input type="checkbox"/> B 型肝炎 (HBV)
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	<input type="checkbox"/> ロタウイルス
	<input type="checkbox"/> 水痘（水ぼうそう）	<input type="checkbox"/> その他（ ）