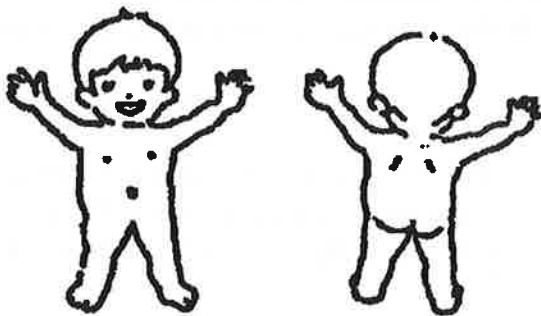


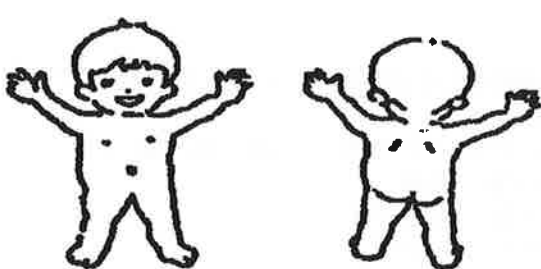
入所（園）児健康診断票
産休明け～6か月児

健診日 平成 年 月 日

児童名	フリガナ				
	平成 年 月 日生		男・女		
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 ()	7 循環器疾患 ・心雑音		
	3 運動発達 ・頸定 ・物をつかむ	8 呼吸器疾患	・その他 ()		
	4 神経・感覚器 ・追視をする ・斜視 ・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 ・そけいヘルニア ・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 ()				
					
	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 () #2 ()	
	医療機関名 健診医氏名		紹介先		

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			平成 年 月 日	男・女 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 循環器疾患 ・心雑音 ・その他 ()			
	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		病名又は問題		
	④ 治療中		#1 () #2 ()		
医療機関名 健診医氏名			紹介先		

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」「パー」「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. 「イナイイナイパー」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. 耳が聞こえ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。 ない・ある
どのような状態でおきましたか。()
- 12. けいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか。 はい・いいえ
どのような状態でおきましたか。()
- 13. 歯がはえてきましたか。 はい (本) ・いいえ
- 14. 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。 ない・ある
どのような状態でおきましたか。()
- 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をしてください。	
	<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)	

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 _____				
	平成 年 月 日 生			男 ・ 女	
	（ 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 (_____)	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 ・ 小さいものをつかむ	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 (_____)				
	4 血液疾患 ・ 貧血 ・ その他 (_____)				
	5 皮膚・泌尿器疾患 ・ 湿疹 ・ 停留睾丸 ・ その他 (_____)				
	6 循環器疾患 ・ 心雑音 ・ 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 _____		# 2 (_____)		
	健診医氏名 _____		紹介先 _____		

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 _____				
	平成 年 月 日 生			男 ・ 女	
	（ 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 (_____)	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 (_____)				
	4 血液疾患 ・ 貧血 ・ その他 (_____)				
	5 皮膚・泌尿器疾患 ・ 湿疹 ・ 停留睪丸 ・ その他 (_____)				
	6 循環器疾患 ・ 心雑音 ・ その他 (_____)				
	① 異常なし ② 要観察 ③ 要医療 ④ 治療中				
	判定・事後措置	医療機関名 _____		病名又は問題	
		健診医氏名 _____		#1 (_____)	
				#2 (_____)	
			紹介先 _____		

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。 ない・ある
どのような状態でおきましたか。()
- 17. けいれん (ひきつけ) をおこしたことがありますか。 ない・ある
どのような状態でおきましたか。()
- 18. 脱臼したことがありますか。 ない・ある
どのような状態でおきましたか。()
- 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をしてください。	<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 ()	