

# 健康診断問診票

ふりがな		性別	受付日	R 年 月 日
園児氏名		1. 男	生年月日	H・R 年 月 日生
		2. 女	年齢	歳 ヶ月
問 診（該当するところに ○印 及びご記入ください）				
1	出産時体重	_____g		
	出産の状況	正常・異常（ _____ ）		
	首のすわり	_____ヶ月		
	ことばの出始め	_____ヶ月 ※マンマ・ママ・ブーブーなど		
	歩行開始	_____ヶ月		
2	耳はよく聞こえますか	いいえ・ はい		
3	目はよく見えますか	いいえ・ はい		
4	脱臼したことがありますか	はい ・ いいえ		
5	ひきつけをおこしたことがありますか どういう状態の時でしたか （ _____ ）	はい ・ いいえ		
6	アレルギー体質ですか 何のアレルギーですか （ _____ ）	はい ・ いいえ		
7	喘息・慢性気管支炎等にかかったことがありますか	はい ・ いいえ		
8	肝臓病・肝炎・ネフローゼ・リュウマチ熱等に かかったことがありますか （ _____ ）	はい ・ いいえ		
9	心臓病又はその疑いがあるといわれたことがありますか	はい ・ いいえ		
10	その他大きなケガや病気をしたことがありますか	はい ・ いいえ		
11	骨折・小児麻痺. . . ほか （ _____ ）	はい ・ いいえ		
12	現在常薬がありますか （ _____ ）	はい ・ いいえ		
13	BCG 済・未	はしか 済・未	三種(百日咳・ジフテリア・破傷風) 済・未	おたふく 済・未
	ポリオ 済・未	風疹 済・未	日本脳炎 済・未	水疱瘡 済・未
14	現在お子さんの体と健康について気になっていることがあればご記入下さい (食べ物・先天性疾患等)			
15	ミルクの時間・量・離乳食の進み具合・食べる量の目安等ご記入下さい			
備 考				