

調 査 票

就学前児用

児童名 ()

食事	朝食	時 分	食事量	多い・ふつう・少ない
	昼食	時 分	食事量	多い・ふつう・少ない
	夕食	時 分	食事量	多い・ふつう・少ない
	おやつ	1日 回 (保育園・その他)	食事量	多い・ふつう・少ない
睡眠	睡眠時間	時 ～ 時 機嫌よく起きる・ぐずる()		
	お昼寝	する(時 ～ 時)・しない		
	寝かし方			
排泄	おむつ	・していない・している(紙おむつ・布おむつ)		
清潔	歯磨き	○歯磨きを していない・している(歳から) 朝・食後・寝る前 ○自分で できる・一緒にする		
生活環境	○好きな玩具や遊び			
性格	○よく動く・じっとしているのが好き ○よくしゃべる・あまりしゃべらない ○怒りっぽい・穏やか・かんしゃくをおこす ○こだわりがある ()			
その他の留意点				

健康状態について		平熱(. °C) 一番高い熱(. °C)
1	風邪をひきやすい	いいえ ・ はい ⇒ 主にどんなときにひきやすいですか？
2	皮膚が弱い	いいえ ・ はい ⇒ 部位 手 ・ 関節 ・ その他()
3	下痢をしやすい	いいえ ・ はい ⇒ 主にどんなときですか？
4	便秘しやすい	いいえ ・ はい ⇒ 日に 回(対処法)
5	耳・鼻が弱い	いいえ ・ はい ⇒ 症状()
6	乗り物酔いをしやすい	いいえ ・ はい ⇒
7	出血が止まりにくい	いいえ ・ はい
8	気管支炎をおこしやすい	いいえ ・ はい ⇒ 主にどんなときにおきやすいですか？
9	喘息がある	いいえ ・ はい ⇒ 主にどんなときでやすいですか？
10	扁桃腺炎で熱がでやすい	いいえ ・ はい ⇒ 主にどんなときでやすいですか？
11	ひきつけ・痙攣をおこしたことがある	いいえ ・ はい ⇒ 熱性 ・ その他() 日常生活の注意事項()
12	ヘルニアがある	いいえ ・ はい ⇒ 部位 おへそ ・ 足の付け根 ・ その他()
13	脱臼しやすい	いいえ ・ はい ⇒ 部位 肩 ・ ひじ ・ その他()
14	予防接種で副反応がでたことがある	いいえ ・ はい ⇒ 予防接種名() 症状()
15	先天性の病気がある	いいえ ・ はい ⇒ 病名() 日常生活の注意点()
16	アレルギー体質である	いいえ ・ はい ⇒ 動物()植物()その他()
17	薬品のアレルギーがある	いいえ ・ はい ⇒ 薬品名() 症状()
18	食べ物のアレルギーがある	いいえ ・ はい ⇒ 食品名() 症状()
19	現在医者にかかっている	いいえ ・ はい ⇒ 病名() 日常生活の注意点()
20	日常的に使っている薬がある	いいえ ・ はい ⇒ 薬の種類()
21	支援を受けている機関がある	いいえ ・ はい ⇒ 支援機関名() 気になるところ()
22	その他身体に関して心配なこと	
23	かかりつけ医師	○ 小児科： ○ 外科：