

調 査 票

就学児用

児童名 ()

食 事	朝食	時 分	食事量	多い・普通・少ない
	昼食	時 分	食事量	多い・普通・少ない
	夕食	時 分	食事量	多い・普通・少ない
	おやつ	時 分	食事量	多い・普通・少ない
睡 眠	睡眠時間	時 ~ 時 ・ 機嫌よく起きる ・ 起きられない()		
	寝かし方			
排 泄	排便	日に 回		
清 潔	歯磨き	<input type="checkbox"/> 歯磨きを していない ・ している 朝 ・ 食後 ・ 寝る前 <input type="checkbox"/> 自分で できる ・ 一緒にする		
生 活 習 慣	<input type="checkbox"/> 好きな玩具や遊び () <input type="checkbox"/> 苦手なこと ()			
性 格	<input type="checkbox"/> よく動く ・ じっとしているのが好き <input type="checkbox"/> よくしゃべる ・ 無口 <input type="checkbox"/> 怒りっぽい ・ 穏やか ・ かんしゃくをおこす <input type="checkbox"/> 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