

生活環境調査表【表面】

(該当のところに または 記入してください。)

記入日：令和 年 月 日

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|-------------------|----------------|--|----------------------------|--|--|--|-------------------------|---|--|
| フリガナ | 生年月日/年齢 | | 住 所 | | 連絡先 | | 予防接種の記録 (母子手帳の該当ページを参考にしてください) | | | | |
| 児童氏名 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 歳 ヶ月 | | | | (父) - - | | ワクチンの種類 | | 接種年月日 | | |
| | (第 子) <input type="checkbox"/> 女 年 月 日 | | | | (母) - - | | BCG | | 年 月 日 | | |
| 同居家族の状況 (本人以外) | 続柄 | フリガナ / 氏 名 | 生年月日/年齢 | 職業・学校・在籍園・健康状態 | (勤務先名 / 住 所 / 連絡先) | | 勤務時間 / 通勤時間 / 在宅勤務 | | インフルエンザ菌b型 (Hib) | | |
| | | | 年 月 日 (歳) | <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 他 | (勤務先) (住所) (連絡先) - - | | (平日) ~ 在宅 (土曜) ~ <input type="checkbox"/> あり ※通勤時間： 分 <input type="checkbox"/> なし | | 1回 年 月 日 | | |
| | | | 年 月 日 (歳) | <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 他 | (勤務先) (住所) (連絡先) - - | | (平日) ~ 在宅 (土曜) ~ <input type="checkbox"/> あり ※通勤時間： 分 <input type="checkbox"/> なし | | 2回 年 月 日 | | |
| | | | 年 月 日 (歳) | <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 他 | (備考) | | | | 3回 年 月 日 | | |
| | | | 年 月 日 (歳) | <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 他 | | | | | 4回 年 月 日 | | |
| | | | 年 月 日 (歳) | <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 他 | | | | | 1回 年 月 日 | | |
| ※ 6人目以降は右記の備考欄にご記入ください。➡ | | | | | | | | | | | |
| 妊娠中・出生時の記録・検査の記録 (母子手帳の該当ページを参考にしてください) | | | | 発達状態 | | | 過去の病気・ケガ・手術など ※時期も記載してください | | | | |
| 1 妊娠中：母の病気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 2 妊娠期間 妊娠 (週 日) 3 分娩方法 () 4 児の状況 体重(g) 身長(cm) 胸囲(cm) 頭囲(cm) 5 出生時の状態 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> 酸素使用 <input type="checkbox"/> 保育器使用 <input type="checkbox"/> 黄疸(強い) <input type="checkbox"/> 光線療法 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査 右： <input type="checkbox"/> パス(正常) <input type="checkbox"/> リファア(再検査) (年 月 日実施 左： <input type="checkbox"/> パス(正常) <input type="checkbox"/> リファア(再検査) 6 母の健康状態・既往歴 () | | | | ● 首すわり (歳 ヶ月) ● 寝返り (歳 ヶ月) ● お座り (歳 ヶ月) ● ハイハイ (歳 ヶ月) ● つかまり立ち (歳 ヶ月) ● ひとり歩き (歳 ヶ月) ● 意味のある言葉の話し始め(ママ、プー等) (歳 ヶ月) ● 2 語文(単語がつながる)の話し始め (歳 ヶ月) ● 歯が生えた時期 (歳 ヶ月) ● 歯の本数 (上 本 / 下 本) | | | ● 麻しん 第1期 混合 年 月 日 ● 風しん 第2期 単 麻しん 年 月 日 ● 風しん (MR) 単 風しん 年 月 日 ● 水痘 (水ぼうそう) 1回 年 月 日 ● 日本脳炎 第1期 初回 2回 年 月 日 ● おたふくかぜ (任意) 1回 年 月 日 ● インフルエンザ (任意・直近のもの) 1回 年 月 日 ● コロナ (任意・直近のもの) 2回 年 月 日 ● その他 () 3回 年 月 日 | | | | |
| 乳幼児健康診査受診状況・発育記録 (母子手帳の該当ページを参考にしてください) | | | | 最近の健康状態 | | | アレルギー・常備薬等 | | | | |
| 健診日・健診結果 | | 身長 | 体重 | 胸 囲 | 頭 囲 | ● 体温 平熱 . °C ● 下記に該当するものに☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 熱をよくだす <input type="checkbox"/> じんましんがでる <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎がある <input type="checkbox"/> ゼイゼイしやすい <input type="checkbox"/> 喘息がある (処方薬 :) <input type="checkbox"/> その他 () | | ● アレルギー(食物・ペット等)が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 下記に記入してください。 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 検査済 <input type="checkbox"/> 検査なし <input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 保護者判断 | | ● 常備薬が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない (処方薬 :) ● アナフィラキシーが起きた事が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 下記に記入してください。 ・ 初回 歳 ヶ月ごろ ・ 最終 歳 ヶ月ごろ | |
| 1か月児 | <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 要観察 年 月 日 (理由等:) | cm | g | cm | cm | ● ひきつけ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 下記に記入してください。 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> けいれん ・ 初回 ... 歳 ヶ月ごろ 熱 ... <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり °C ・ 最終 ... 歳 ヶ月ごろ (回数 回) ・ 与薬 ... <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (処方薬 :) | | ● 検査済 <input type="checkbox"/> 検査なし <input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 保護者判断 | | ● 水痘 (任意・直近のもの) 1回 年 月 日 ● おたふくかぜ (任意・直近のもの) 2回 年 月 日 ● その他 () 3回 年 月 日 | |
| 3~4か月児 | <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 要観察 年 月 日 (理由等:) | cm | g | cm | cm | | | ● アナフィラキシーが起きた事が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 下記に記入してください。 ・ 初回 歳 ヶ月ごろ ・ 最終 歳 ヶ月ごろ | | 感染症の既往歴 | |
| 6~7か月児 | <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 要観察 年 月 日 (理由等:) | cm | g | cm | cm | | | ● 常備薬が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない (処方薬 :) | | 水痘 (歳 ヶ月) 麻しん (歳 ヶ月) | |
| 9~10か月児 | <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 要観察 年 月 日 (理由等:) | cm | g | cm | cm | | | ● アナフィラキシーが起きた事が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 下記に記入してください。 ・ 初回 歳 ヶ月ごろ ・ 最終 歳 ヶ月ごろ | | おたふくかぜ (歳 ヶ月) 風しん (歳 ヶ月) | |
| 1歳6か月児 | <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 要観察 年 月 日 (理由等:) | cm | g | cm | cm | | | | | その他 | |
| 3歳児 | <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 要観察 年 月 日 (理由等:) | cm | g | cm | cm | ● 血液型 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB RH : <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - | | かかりつけの病院 主治医など | | (主治医 (TEL - -) (主治医 (TEL - -) | |

裏面に
続