

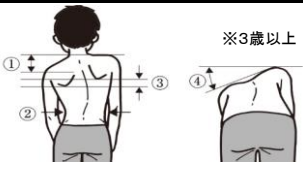
## 健康調査について

保育所・こども園では入所前の健康診査を実施します。健康診査の受診にともない、お子さんの最近の健康状態をお聞きしたいと思いますので、次の表に必要事項をご記入のうえ、健診日当日にご持参ください。

施設名（保育所・こども園）（  ）歳児クラス 氏名（  ）

※最近のからだの様子について該当する番号に○をしてください また、該当項目にはチェックや内容を記入してください。

記入日（令和      年      月      日）

1	発育について心配がある (太っている ・ やせている ・ 身長が低い)	22	気を失ったり、一瞬ぼんやりすることがある
2	よく熱が出る	23	運動すると息切れしやすい
3	のどがゼーゼー・ヒューヒューなりやすい	24	アトピー性皮膚炎がある <input type="checkbox"/> 定期的に受診している <input type="checkbox"/> 塗り薬をつけている（ひどいときのみ・常時） <input type="checkbox"/> 内服治療をしている <input type="checkbox"/> 体質改善治療をしている
4	食欲がない		
5	食べ物の好き嫌いが激しい		
6	便秘や下痢になりやすい		
7	毎日便が出ない（ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> 日に1回）		
8	背骨（脊柱）のゆがみが 気になる（イラスト参照） ※3歳以上：両腕を下ろし、手の平を 真ん中で合わせて前屈したとき、 背面に左右差がある 	25	アレルギーがある（食物・その他： <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> ） <input type="checkbox"/> 定期的に受診・検査をしている <input type="checkbox"/> 除去食をしている（卵・牛乳・小麦・ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> ）
9	歩くときに腰や肩が左右に揺れる、膝が突っ張るなど、スムーズでない（未歩行児除く）	26	心臓の検査を受けたことがあればお書きください いつごろ（ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> ） 検査結果（ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> ）
10	手・足・腰の痛みをよく訴える	27	けいれんをおこしたことがあればお書きください ・けいれんをおこした回数（ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> 回） ・けいれん時の体温（ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> ） ・最終、けいれんがあった年月日 （ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> 年 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> 月 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> 日）
11	耳が聞こえにくいと思うことがある		
12	耳が痛かったり、耳だれがでる		
13	風邪をひいていなくても、よく鼻水が出る		
14	鼻血が出やすく、なかなか止まらない		
15	目を細めて物を見たり、まぶしがる	28	定期的に受診している病気があればお書きください 病名・症状（ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> ） 治療内容（ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> ） 医療機関名（ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> ）
16	目つきがおかしい		
17	発音が悪い		
18	現在歯の治療を受けている (治療内容 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> )	29	現在、医療機関にかかっている場合はお書きください 病名・症状（ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> ） 治療内容（ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> ） 医療機関名（ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> ）
19	過去に歯の治療を受けたことがある（現在は治療していない）		
20	歯並びが気になる		
21	指しゃぶりや爪をかむ癖がある		