第２号様式（第９条関係）

一時預かり事業健康状態確認票　　　　　　　　　（南九州市地域子育て交流館）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな児童氏名 | 　 | 男・女 | 住所 | 　　電話　　　　(　　) |
| 生年月日 | 年　　月　　日生 |
| 現在までの保育歴 | ※　どなたが保育していましたか？　　歳　　箇月から　　　歳　　箇月まで　　　　　　が保育していた |
| 妊娠分娩 | ・妊娠中の状態：正常・異常(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)・分娩時の状態：正常・異常(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)・出産病院名(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| ・在胎週数　　週・出生時体重　　　g・身長　　cm・頭囲　　cm・胸囲　　cm |
| 栄養 | ・母乳：混合・人工・離乳食：開始(　　　　)箇月・完了(　　　　)箇月 |
| 発達 | ・首のすわり(　　)箇月・寝返り(　　)箇月　　・お座り(　　)箇月・はいはい(　　)箇月　・伝え歩き(　　)箇月　・歩行開始(　　)箇月・かた言(　　)箇月　　・歯の生え始め(　　)箇月 |
| 今までにかかった病気 | ・突発性発疹(　　　歳)・流行性耳下腺援(おたふくかぜ)(　　　歳)・風疹(三日ばしか)(　　　歳)　・水疱瘡(みずぼうそう)(　　　歳)・麻疹(はしか)(　　　歳)　　　・肺炎(　　　歳)・中耳炎(　　　歳)　　　　　　・ひきつけ，けいれん(　　　歳)・気管支ぜん息(　　　歳)　　　・その他(　　　　　　　　　　　　) |
| 予防接種の年月日 | ※母子手帳のコピーがあれば，年月日の記入は不要です。 |
| ツベルクリン反応　年　月　日 | ポリオワクチン　年　月　日 | 三種混合①　年　月　日 | 三種混合②　年　月　日 | 三種混合③　年　月　日 |
| 麻疹ワクチン　年　月　日 | B．C．G　年　月　日 | 日本脳炎　年　月　日 | その他 | その他 |
| ※予防接種後に発熱などがあった場合は，その状況を記入してください。 |
| 児童の体質で該当するものに○をしてください | ・アレルギーがある(内容を記入⇒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)・しっしんがある　　　・じんましんが出やすい・下痢しやすい　　　　・便秘しがち　　　　・鼻血が出やすい・風邪をひきやすい　　・よく熱を出す　　　・扁桃腺がはれやすい・吐きやすい　　　　　・化のうしやすい　　・腕がはれたことがある・その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| ※手術をしたことがあったり，現在治療中の病気がある場合は記入してください。 |
| ・平熱は(　　　　　　度)くらい | ・かかりつけの病院名(　　　　　　　　　　　　　　) |
| 備考 |
| 　 | 受付　　　　・　　　・ | 　 |