

様式第2号（第6条関係）

児 童 健 康 調 査 表 【児童名： 】

かかりつけの 病院等	診療科目		名称		電話番号	
	小児科・内科					
	外科					
	その他（ ）					
当てはまる番号に○を付け、必要事項を記入してください。	1	平熱は 度 分				
	2	病気等について				
	今までにかかった病気	1	はしか（麻しん）	有・無	左記の病気以外で、今までにかかった病気がありますか。 () (歳) () (歳) () (歳) () (歳)	
		2	風しん	有・無		
		3	水ぼうそう	有・無		
		4	おたふくかぜ	有・無		
	起こしやすい体質	1	胃腸が弱い		8	乗り物に酔いやすい
		2	熱を出しやすい		9	どもりやすい
		3	ひきつけを起こしたことがある		10	小便が近い
		4	貧血を起こしやすい		11	鼻血を出しやすい
		5	好き嫌いが激しい		12	便秘ぎみ
		6	てんかんを起こしたことがある		13	その他 ()
		7	ぜんそくを起こしやすい			
	慢性疾患	1	耳鼻咽喉科（ ）		3	皮膚科（ ）
		2	眼科（ ）		4	その他（ ）
	アレルギー	食品や薬物、花粉などのアレルギーがありますか。 1. ある 2. ない ある場合は具体的に記入してください。 ()				
	蜂	蜂に刺されたことがありますか。 1. ある 2. ない ある場合は具体的に記入してください。 (歳頃 症状 対応)				
	現在投薬中、治療中又は医療的ケアを受けているときは記入してください。					
	定期的に服用している薬の名前					
	治療の内容					
	開始年月日					
	医療機関名					

	過去に手術又は交通事故等の経験がありますか。 １．ある ２．ない ある場合は具体的に記入してください。 (_____)
	３　発達について
言 語	(1)普通に話せる (2)どうにか話せる (3)単語程度で意思を伝えることができる (4)片言や身振りで話せる (5)話せないが相手の言うことはわかる (6)話さないし、相手の言うこともわからない (7)目を合わせない
遊 び	(1)誰とでも遊ぶ (2)遊ぶが取り残されがち (3)親（兄弟）としか遊ばない (4)いつも一人で遊んでいる (5)落ち着きがなく、たえず動き回る (6)同じことの繰り返しをする (7)激しい運動はできない
排 泄	(1)すべて自分でできる (2)他人の助けがあればできる (3)自分でできないが知らせることはできる (4)おむつが必要
食 事	(1)お箸で食べられる (2)スプーンなら食べられる (3)手づかみなら食べられる (4)自分では食べられない
着 脱衣	(1)すべて自分でできる (2)簡単なものは自分でできる (3)すべて他人にやってもらう
	４　放課後等デイサービスを利用していますか。 １．している ２．していない している場合は施設名と利用日数を記入してください。 施設名：(_____) 利用日数：(週 _____ 日)
	５　障がいについて
	(１)在籍学校・学級について（予定を含む。） ア．特別支援学校に通学している イ．特別支援学級に通学している ウ．上記のいずれにも通っていない
	(２)発達の相談について ア．相談機関に相談している（する予定である） 相談内容： _____ イ．相談していない
	(３)下記の項目に該当するものがありますか。 ア．知的発達の遅れがあると思われる イ．肢体不自由と思われる ウ．視覚障がいと思われる エ．聴覚障がいと思われる オ．言語障がいと思われる カ．情緒障がいと思われる キ．（臓器等に）内科的障がいがあると思われる ク．自閉的傾向があると思われる ケ．障がいがよく分からないが気になる コ．特に気になることはない
	(４)療育手帳を持っていますか ある（ _____ 級） ・ ない
	(５)身体障害者手帳 ある（ _____ 種 _____ 級） ・ ない