

定期利用保育健康チェック票

| | | | |
|------|--|--------|-------|
| フリガナ | | 生年月日 | 登録年月日 |
| 氏名 | | 年 月 日生 | 年 月 日 |

《アレルギー》

・ある（食品・薬品・その他）具体的に

()

・ない

《予防接種状況》 □に受けた回数をチェックしてください。

B型肝炎□□□ ロタ□□□ Hib□□□□ 三種混合(DPT)□□□□ BCG□

肺炎球菌□□□□ ポリオ□□□□ 四種混合(ポリオ+DPT)□□□□ 日本脳炎□□□

MR(麻疹+風疹)□□ 水痘(水ぼうそう)□□ 流行性耳下腺炎(おたふく)□□

その他()

《病気等について》 かかった病気にチェックしてください。

麻疹 風疹 流行性耳下腺炎(おたふく) 水痘(水ぼうそう)

その他()

けいれん(ひきつけ)を起こしたことがある。(年 月頃)

熱が出たとき(°C)(時間 分間) 熱がないとき(時間 分間)

ダイアブ座薬の使用(有・無)

喘息を起こしたことがある(年 月頃)

薬の使用、発作、入院経験などを記入してください。()

肘内障(肘が抜ける)を起こしたことがある。(年 月頃)

そけいヘルニア

その他健康上伝えたいこと。()

平 熱(°C)

排泄方法(おむつ・パンツ・知らせる)

睡眠の方法()

好きなあそび()

《かかりつけ病院》

小児科

電話 ()

外科

電話 ()

《くせ・その他伝えたいこと》

※裏面の食事調査票にもご記入ください

食事調査票

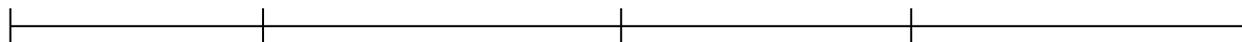
| | |
|-----------------|---------------------------|
| 《食事の方法》 | (ラック ・ だっこ ・ 椅子) |
| 《食べ方》 | (手づかみ ・ スプーン ・ 箸) |
| 《好きな食べ物》 | () |
| 《嫌いな食べ物》 | () |
| 《水分の取り方》 | (コップ ・ マグ ・ ストロー ・ 哺乳瓶) |
| 《食生活上、特に伝えたいこと》 | 食べたことのない食品など |

《使用食品》 食べたことがある食品を○で囲む、または記入してください。

| 食品分類 | 食品名 |
|------|--|
| 穀類 | 米(粥 ・ 軟飯 ・ ごはん) ・ パン ・ うどん ・ スパゲティ ・ マカロニ |
| 芋類 | じゃが芋 ・ さつまいも ・ 里芋 |
| 魚類 | 白身魚 ・ 鮭 ・ かじき ・ しらす干し ・ ツナ缶 ・ 魚卵 |
| 肉類 | 鶏 ・ 豚 ・ ハム ・ ウインナー ・ ベーコン ・ レバー (鶏 ・ 豚) |
| 卵 | 卵黄 ・ 全卵 |
| 大豆製品 | 豆腐 ・ きな粉 ・ 納豆 |
| 野菜 | () |
| 果物 | () |
| 乳製品 | ヨーグルト(無糖 ・ 加糖) ・ バター ・ マーガリン ・ チーズ |
| 牛乳 | 調理に使用 ・ 温めて飲む ・ そのまま飲む(1回 ml ・ 1日 回) |
| 調味料 | 塩 ・ 砂糖 ・ 醤油 ・ 味噌 ・ 油 ・ 酢 ・ マヨネーズ ・ ケチャップ ・ ソース ・ ごま油 |
| 菓子類 | 卵ボーロ ・ ビスケット ・ せんべい |
| 種実類 | ごま ・ ナッツ類 |

生活リズム

朝5時 昼12時 17時 夜 22時 4時



備考 睡眠、食事、排便などについて記入してください。