

保護者氏名 ( ) 児童氏名 ( ) こども園 (城北・長篠・作手)

◇児童の状態 (初めて利用する場合、前回の利用から1年以上経過している場合は記入してください)

生育歴	分娩状況	安産・難産 ( )	
	出産状態	体重 g	在胎週数 週
	栄養	母乳・混合・ミルク	離乳開始 ( ) か月 卒乳 ( ) か月
	・首のすわり ( ) か月 ・寝返り ( ) か月 ・お座り ( ) か月 ・人見知り ( ) か月・無 ( ) ・歩行開始 ( ) 歳 ( ) か月 ・言葉の出始め ( ) か月		
既往歴	・はしか ・風しん ・水ぼうそう ・おたふくかぜ ・その他大きな病名: ( ) 年 ( ) 月 病気、けが けが: ( ) 年 ( ) 月		
からだの状態	・利き手 ( 右 ・ 左 ・ 両 ) ・医師に診てもらっている病気 ( ) ・目 ( 右 ・ 左 ) の異常 ( ) ・耳 ( 右 ・ 左 ) の異常 ( ) ・脱臼しやすい ( 部位: ) ・ひきつけたことがある ( 回数 ) 最近: 年 月 熱を伴う・伴わない ・その他 ( )		
栄養	・普通食 ( 偏食状況: ) ・アレルギー対応食 ( 除去している食品: )		
	* 離乳食必要者のみ ・母乳 ・ミルク ( ml× 回 ) ・牛乳 ( 開始 ) か月頃 離乳食の進み具合 1日 ____ 回食: 状態 ・つぶしがゆ ・軟食 ( ) ・大人と同じ		
接種歴	<input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 四種混合 ( 1回 2回 3回 追加 ) <input type="checkbox"/> 水ぼうそう ( 1回 2回 ) <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん混合 ( MR ) ( I期 II期 ) <input type="checkbox"/> ヒブ ( 1回・2回・3回・追加 ) <input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 ( 1回・2回・3回・追加 ) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 ( 1回・2回・追加 ) <input type="checkbox"/> その他 ( おたふく・B型肝炎・その他: )		
医療機関	・かかりつけの病院 医療機関名: _____ ・かかりつけの医師 医師氏名: _____ ・医療保険証 名 称: _____ 記 号: _____ 番 号: _____		
現況	・自家 ( 主に見る人 ) ( ) ・他家 ( 主に見る人 ) ( ) ・勤務先同伴 ( ) ・他施設 ( 施設名 ) ( )		
備考	健康上、特に留意・希望すること等を記入ください ----- ----- ----- ----- -----		

◇児童の健康診断結果の閲覧について

児童の発達を確認するため、保健センターで実施した健康診査の結果について、こども未来課で閲覧することに同意しますか。 同意する ・ 同意しない