

健康及び生活状況票(6か月以上～)

(様式4)

保育園は、乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。集団での感染症発生や流行を防ぎ、おこさまが元気に保育園で生活するために、予防接種や健診の状況、またご家庭での生活の様子についておしらせください。ご協力お願いいたします。

初回記入日 年 月 日

フリガナ 児 童 名		生年 月日	年 月 日 (歳 か月)	性別	
---------------	--	----------	------------------	----	--

1. <<予防接種は受けましたか>>

	種類	回数	接種日		種類	回数	接種日	
	定期 予 防 接 種	ヒブ (インフルエンザ ^a 菌b型)	1回目			定期 予 防 接 種	四種混合または 五種混合 (ジフテリア・百日咳 ・破傷風・ポリオ・ヒブ)	1回目
2回目				2回目				
3回目				3回目				
追加				追加				
B型肝炎		1回目		任意 接 種	BCG		/	
		2回目			麻しん・風しん		1期	
		3回目					2期	
小児用肺炎球菌		1回目		任意 接 種	水痘		1回目	
		2回目					2回目	
		3回目			日本脳炎		1回目	
		追加					2回目	
ロタウイルス		1回目		任意 接 種	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)		追加	
	2回目		1回目					
	3回目		2回目					

2. <<今までにかかった感染症などがあつたら教えてください>>

疾患名	年月日	備考
百日咳		
麻しん(はしか)		
流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)		
水痘(みずぼうそう)		
風しん		
結核		
その他		

3. <<今までに受けた健診や相談について教えてください>>

健診名	受診月日	指導内容など
1か月健診		
3～6か月児健診		
4か月乳児相談		
9～11か月児健診		
1歳6か月児健診		
3歳児健診		

4. 《睡眠について教えてください》

佐倉市では、乳幼児突然死症候群(SIDS)と睡眠中の事故防止に努めています。ご家庭での睡眠の様子や同居のご家族の喫煙状況等も、重要な情報となりますので、ご協力をお願いいたします。

- (1) 睡眠時間は規則正しいですか はい [夜 時～朝 時まで] いいえ→なぜですか[]
- (2) 昼寝はしていますか はい [時～ 時まで] いいえ→なぜですか[]
- (3) 目覚めはどうですか 良い 悪い
- (4) 寝つきはどうですか 良い 悪い
- (5) 寝かしつけで工夫していることがありますか ない ある []
- (6) 寝かしつけのときの体の向きを教えてください 仰向け うつぶせ 横向き
- (7) 深く寝入ったときの体の向きを教えてください 仰向け うつぶせ 横向き
- (8) 無呼吸や窒息をおこしたことがありますか ない ある []
- (9) 呼吸器系疾患で入院したことがありますか ない ある []
- (10) 同居のご家族で喫煙される方はいますか いない いる []

5. 《食事について教えてください》

- (1) 食欲はあるほうですか ある ふつう あまりない
- (2) 好き嫌いがありますか ない ある []
- (3) 1回の食事量はどうか 同年齢の子どもと比べて 多い 同じ 少ない
- (4) おやつはあげていますか いない いる
おやつの時間は規則的ですか 時間を決めている 時間は決めていない
- (5) 食事は自分で食べますか スプーンやフォーク、はしを使う 手づかみ
 自分で食べようとしな
- (6) 食事にかかる時間は1回どのくらいですか []

6. 《遊びについて教えてください》

- (1) 好きな遊びはなんですか 室内では[] 戸外では[]
- (2) 誰とよく遊びますか 兄弟姉妹 母親 父親 友達 1人
 その他[]

7. 《性格について教えてください》

長所[] 短所[]

8. 《気になるくせはありますか》

いいえ はい→[]

9. 《今まで誰が保育していましたか》

父 母 祖父 祖母 その他[]

10. 《集団生活の経験はありますか》

[~ 歳 施設名]

11. 《家ではどのように呼んでいますか》

[]

12. 《今後の保育園の生活やおこさまの発育・発達、子育て等で心配なことはありますか》

[]