

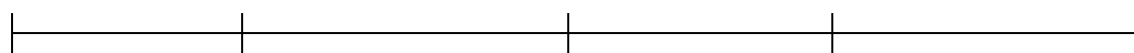
一時保育健康チェック票

フリガナ		生年月日	登録年月日
名前		平成 年 月 日生	平成 年 月 日

<p>《アレルギー》</p> <p>・ある (食品 ・ 薬品 ・ その他)</p> <p>具体的に []</p> <p>・ない</p> <hr/> <p>《予防接種状況》 □に受けた回数をチェックしてください</p> <p>B型肝炎□□□ □ロタ□□ □H i b□□□□</p> <p>肺炎球菌□□□□ □ポリオ□□□□</p> <p>三種混合 (DPT) □□□□</p> <p>四種混合 (ポリオ+DPT) □□□□ □BCG□</p> <p>MR (麻疹+風疹) □□ □水痘 (水ぼうそう) □□</p> <p>流行性耳下腺炎 (おたふく) □□ □日本脳炎□□□</p> <p>その他 ()</p> <hr/> <p>《病気等について》*かかった病気にチェックを入れてください</p> <p><input type="checkbox"/>麻疹 <input type="checkbox"/>風疹 <input type="checkbox"/>流行性耳下腺炎 (おたふく)</p> <p><input type="checkbox"/>水痘 (水ぼうそう)</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p><input type="checkbox"/>けいれん (ひきつけ) を起こしたことがある (年 月頃)</p> <p><input type="checkbox"/>熱が出た時 (°C) (時間 分間)</p> <p><input type="checkbox"/>熱がない時 (時間 分間)</p> <p>ダイアブ座薬の使用 (有 ・ 無)</p> <p><input type="checkbox"/>喘息を起こしたことがある (年 月頃)</p> <p>薬の使用、発作、入院経験など記入 ()</p> <p><input type="checkbox"/>肘内障 (肘が抜ける) を起こしたことがある (年 月頃)</p> <p><input type="checkbox"/>そけいヘルニア</p> <p><input type="checkbox"/>その他健康上伝えたいこと ()</p> <hr/> <p>平 熱 (°C)</p> <hr/> <p>排泄方法 (おむつ ・ パンツ ・ 知らせる)</p> <hr/> <p>睡眠の方法 ()</p> <hr/> <p>好きなあそび ()</p>	<p>《食事の方法》</p> <p>(ラック ・ だっこ ・ 椅子)</p> <p>《食べ方》</p> <p>(手づかみ ・ スプーン ・ 箸)</p> <p>《好きな食べ物》</p> <p>()</p> <p>《嫌いな食べ物》</p> <p>()</p> <p>《水分の取り方》</p> <p>(コップ ・ マグ ・ ストロー ・ 哺乳瓶)</p> <p>《離乳食の進み具合》</p> <p>*当てはまるところにチェックしてください</p> <p><input type="checkbox"/>まだ始めている</p> <p><input type="checkbox"/>ペースト状のものが食べられる (前期)</p> <p><input type="checkbox"/>舌でつぶせる固さのものが食べられる (中期)</p> <p><input type="checkbox"/>歯茎でつぶせる固さのものが食べられる (後期)</p> <p><input type="checkbox"/>おかゆの固さ (倍がゆ)</p> <p>*現在食べているものに○をしてください</p> <p>[豚 鶏 ひき肉 ベーコン]</p> <p>[白身魚 青魚]</p> <p>・ミルクの名前 ()</p> <p>・哺乳瓶 ()</p> <hr/> <p>食生活上、特に伝えたいこと</p> <p>*アレルギーの有無 (具体的に)、食べたことのない食品など</p> <hr/> <p>その他伝えたいこと</p>
--	--

生活リズム

朝 5 時 昼 12 時 17 時 夜 22 時 4 時



*睡眠・食事 (ミルク・離乳食)・排便などを記入してください。