

# 調査票

就学児用

児童名 ( )

食事	朝食	時 分	食事量	多い・普通・少ない
	昼食	時 分	食事量	多い・普通・少ない
	夕食	時 分	食事量	多い・普通・少ない
	おやつ	時 分	食事量	多い・普通・少ない
睡眠	睡眠時間	時 ~ 時 ・ 機嫌よく起きる ・ 起きられない( )		
	寝かし方			
排泄	排便	日に 回		
清潔	歯磨き	<input type="checkbox"/> 歯磨きを していない ・ している 朝 ・ 食後 ・ 寝る前 <input type="checkbox"/> 自分で できる ・ 一緒にする		
生活習慣	<input type="checkbox"/> 好きな玩具や遊び ( ) <input type="checkbox"/> 苦手なこと ( )			
性格	<input type="checkbox"/> よく動く ・ じっとしているのが好き <input type="checkbox"/> よくしゃべる ・ 無口 <input type="checkbox"/> 怒りっぽい ・ 穏やか ・ かんしゃくをおこす <input type="checkbox"/> こだわりがある ( )			
その他の留意点				

健康状態について		平熱( . ℃ ) 一番高い熱( . ℃ )
1	風邪をひきやすい	いいえ ・ はい ⇒ 主にどんなときにひきやすいですか？
2	皮膚が弱い	いいえ ・ はい ⇒ 部位 手 ・ 関節 ・ その他( )
3	下痢をしやすい	いいえ ・ はい ⇒ 主にどんなときですか？
4	便秘しやすい	いいえ ・ はい ⇒ 日に 回(対処法 )
5	耳・鼻が弱い	いいえ ・ はい ⇒ 症状( )
6	乗り物酔いしやすい	いいえ ・ はい ⇒
7	出血が止まりにくい	いいえ ・ はい
8	気管支炎をおこしやすい	いいえ ・ はい ⇒ 主にどんなときにおきやすいですか？
9	喘息がある	いいえ ・ はい ⇒ 主にどんなときでやすいですか？
10	扁桃腺炎で熱がでやすい	いいえ ・ はい ⇒ 主にどんなときでやすいですか？
11	ひきつけ・痙攣をおこしたことがある	いいえ ・ はい ⇒ 熱性 ・ その他( ) 日常生活の注意事項( )
12	ヘルニアがある	いいえ ・ はい ⇒ 部位 おへそ ・ 足の付け根 ・ その他( )
13	脱臼しやすい	いいえ ・ はい ⇒ 部位 肩 ・ ひじ ・ その他( )
14	予防接種で副反応がでたことがある	いいえ ・ はい ⇒ 予防接種名( ) 症状( )
15	先天性の病気がある	いいえ ・ はい ⇒ 病名( ) 日常生活の注意点( )
16	アレルギー体質である	いいえ ・ はい ⇒ 動物( )植物( )その他( )
17	薬品のアレルギーがある	いいえ ・ はい ⇒ 薬品名( ) 症状( )
18	食べ物のアレルギーがある	いいえ ・ はい ⇒ 食品名( ) 症状( )
19	現在医者にかかっている	いいえ ・ はい ⇒ 病名( ) 日常生活の注意点( )
20	日常的に使っている薬がある	いいえ ・ はい ⇒ 薬の種類( )
21	支援を受けている機関がある	いいえ ・ はい ⇒ 支援機関名( ) 気になるところ( )
22	その他身体に関して心配なこと	
23	かかりつけ医師	○ 小児科： ○ 外科

