

第2号様式（第9条関係）

一時預かり事業健康状態確認票

（南九州市地域子育て交流館）

ふりがな 児童氏名		男 ・ 女	住 所	電話 ()	
生年月日	年 月 日生				
現在までの 保 育 歴	※ どなたが保育していましたか？ 歳 箇月から 歳 箇月まで _____ が保育していた				
妊 娠 分 娩	・妊娠中の状態：正常・異常 ()				
	・分娩時の状態：正常・異常 ()				
	・出産病院名 ()				
	・在胎週数 週・出生時体重 g ・身長 cm・頭囲 cm・胸囲 cm				
栄 養	・母乳：混合・人工 ・離乳食：開始()箇月・完了()箇月				
発 達	・首のすわり()箇月・寝返り()箇月 ・お座り()箇月 ・はいはい()箇月 ・伝え歩き()箇月 ・歩行開始()箇月 ・かた言()箇月 ・歯の生え始め()箇月				
今までにか かった病気	・突発性発疹(歳) ・流行性耳下腺援(おたふくかぜ)(歳) ・風疹(三日ばしか)(歳) ・水疱瘡(みずぼうそう)(歳) ・麻疹(はしか)(歳) ・肺炎(歳) ・中耳炎(歳) ・ひきつけ、けいれん(歳) ・気管支ぜん息(歳) ・その他()				
予防接種の 年 月 日	※母子手帳のコピーがあれば、年月日の記入は不要です。				
	ツベルクリン反応 年 月 日	ポリオワクチン 年 月 日	三種混合① 年 月 日	三種混合② 年 月 日	三種混合③ 年 月 日
	麻疹ワクチン 年 月 日	B. C. G 年 月 日	日本脳炎 年 月 日	その他	その他
※予防接種後に発熱などがあった場合は、その状況を記入してください。					

児童の体質 で該当する ものに○を してくださ い	<ul style="list-style-type: none"> ・アレルギーがある(内容を記入 ⇒) ・しっしんがある ・じんましんが出やすい ・下痢しやすい ・便秘しがち ・鼻血が出やすい ・風邪をひきやすい ・よく熱を出す ・扁桃腺がはれやすい ・吐きやすい ・化のうしやすい ・腕がはれたことがある ・その他() 	
※手術をしたことがあったり、現在治療中の病気がある場合は記入してください。		
・平熱は(度)くらい	・かかりつけの病院名 ()	
備考		
	受付 ・ ・	