

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"> <li>・アレルギーがある(内容を記入 ⇒ )</li> <li>・しっしんがある      ・じんましんが出やすい</li> <li>・下痢しやすい      ・便秘しがち      ・鼻血が出やすい</li> <li>・風邪をひきやすい      ・よく熱を出す      ・扁桃腺がはれやすい</li> <li>・吐きやすい      ・化のうしやすい      ・腕がはれたことがある</li> <li>・その他( )</li> </ul>	
※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      ・      ・	