健康管理票

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保護者氏名 | | | |  | | | | | |
| 子どもの氏名 | | | |  | | | | | |
| 子どもの健康状態 | ・平熱 | | | | ℃ | | 血液型 | RH+- | 型 |
| ・今までで一番高い熱 | | | | ℃ | |
| ・健康診断をうけましたか？　はい・いいえ | | | | | | どこで（　　　　　　　　　　　） | | |
|  | | | | | | いつ頃（　　　　　　　　　　　） | | |
| ・入院したことがありますか？　はい・いいえ | | | | | | 病　名（　　　　　　　　　　　） | | |
|  | | | | | | いつ頃（　　　　　　　　　　　） | | |
| ・乗り物酔いをしますか？　はい・いいえ | | | | | | ・頭痛がよくありますか？　はい・いいえ | | |
| ・下痢をしやすいですか？　はい・いいえ | | | | | | ・風邪をひきやすいですか？　はい・いいえ | | |
| ・発熱しやすいですか？　はい・いいえ | | | | | | ・疲れやすいですか？　はい・いいえ | | |
| ・アレルギーがありますか？　はい・いいえ（アレルギー　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| ・かかりやすい病気等を記入して下さい。また、病気になった時にどんな様子になりますか。 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 子どもの状況 | ・親から見た子どもの長所は？ | | | |  | | | | |
| ・親から見た子どもの短所は？ | | | |  | | | | |
| ・好きな遊び、勉強などは？ | | | |  | | | | |
| ・苦手な遊び、勉強などは？ | | | |  | | | | |
| ・外出時に気をつけていることは？ | | | |  | | | | |
| ・性格的な特徴やこだわりは？ | | | |  | | | | |
| ・苦手な感覚(音など)は？ | | | |  | | | | |
| ・パニックになることは？対応は？ | | | |  | | | | |
| ・気になる癖は？ | | | |  | | | | |
| 子どもの生活について | 睡眠時間 | | 起床時間　　　　時頃 | | | 平均睡眠時間　　　　時間 | | | |
| 就寝時間　　　　時頃 | | | 午睡をしていますか？　　　　時〜　　　　時 | | | |
| 食事 | 食欲 | ・食欲は？　多い　・　普通　・　少ない | | | | | | |
| 好み | ・好きな食べ物は？（　　　　　　）・嫌いな食べ物は？（　　　　　　） | | | | | | |
| 夕食 | ・どんな物をどれくらい？ | | | | | | |
| 間食 | ・どんな物をどれくらい？ | | | | | | |
| 食器 | ・食事には何を使っていますか？　箸　・　スプーン等　・　箸練習中 | | | | | | |
| その他 | ・好ましくない食べ物はありますか？ | | | | | | |
| 排泄 | 全般 | ・下着は？　パンツ　・　紙おむつ　・　布おむつ | | | | | | |
| ・排泄のタイミングを声かけしてますか？　している　・　していない | | | | | | |
| 生活 | 言葉 | ・意志を伝えられる？はい・いいえ・相手の会話を理解できる？はい・いいえ | | | | | | |
| 衣服 | ・自分で着替えができる？　はい・いいえ | | | | | | |
| 呼称 | ・ご家庭でどのように呼んでいますか？ | | | | | | |
| その他 |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |