

入学時健康相談予備調査

様式1-①

記入年月日 令和 年 月 日

小・中・高 年

児童生徒名

妊 娠 時	母体の状態	<input type="checkbox"/> 良好 ， <input type="checkbox"/> 不良 ()		《特記事項》		
		妊娠高血圧症候群 … <input type="checkbox"/> 有り ， <input type="checkbox"/> 無し				
	胎児の発育	<input type="checkbox"/> 正常 ， <input type="checkbox"/> 異常 ()				
出 産 時	出産した病院	() ， 在胎週…()週		《特記事項》		
	アプガースコア	()点 ， 体重…()g				
	胎 位	<input type="checkbox"/> 頭位 ， <input type="checkbox"/> 骨盤位(逆子)				
	分娩異常	<input type="checkbox"/> 早産 ， <input type="checkbox"/> 難産 ， <input type="checkbox"/> 鉗子 ， <input type="checkbox"/> 吸引 ， <input type="checkbox"/> 帝王切開				
	黄 疸	<input type="checkbox"/> 普通 ， <input type="checkbox"/> 強 … (<input type="checkbox"/> 交換輸血 ， <input type="checkbox"/> 光線療法)				
	保 育 器	<input type="checkbox"/> 有り…()日間 ， <input type="checkbox"/> 無し				
	呼吸管理の有無	<input type="checkbox"/> 有り (<input type="checkbox"/> 呼吸器 ， <input type="checkbox"/> 酸素吸入) ， <input type="checkbox"/> 無し				
退 院 時	医療的ケア	<input type="checkbox"/> 有り (<input type="checkbox"/> 気管切開 ， <input type="checkbox"/> 酸素吸入 ， <input type="checkbox"/> 吸引 ， <input type="checkbox"/> 注入 ， <input type="checkbox"/> その他()) <input type="checkbox"/> 無し				
乳 児 期	栄 養	<input type="checkbox"/> 母乳 ， <input type="checkbox"/> 人工 ， <input type="checkbox"/> 混合 ， <input type="checkbox"/> 鼻腔栄養		《特記事項》		
	哺 乳 力	<input type="checkbox"/> 強い ， <input type="checkbox"/> 普通 ， <input type="checkbox"/> 弱い ， <input type="checkbox"/> 吸わない				
	離 乳	完了時期…()歳()ヶ月 ・ まだ				
発育状況	首のすわり	()歳()ヶ月 ・ まだ	つかまり立ち	()歳()ヶ月 ・ まだ		
	あやすと笑う	()歳()ヶ月 ・ まだ	歩き始め	()歳()ヶ月 ・ まだ		
	寝 返 り	()歳()ヶ月 ・ まだ	初 語	()歳()ヶ月 ・ まだ		
	這い這い	()歳()ヶ月 ・ まだ				
既 往 歴	脳 炎	()歳	ぜんそく	()歳	麻疹(はしか)	()歳
	髄 膜 炎	()歳	アトピー性皮膚炎	()歳	風疹(三日ばしか)	()歳
	頭部外傷	()歳	心臓疾患	()歳	水痘(水ぼうそう)	()歳
	熱性けいれん	()歳	腎臓疾患	()歳	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	()歳
	てんかん	()歳	眼疾患	()歳	百 日 咳	()歳
	肺 炎	()歳	耳鼻疾患	()歳	ジフテリア	()歳
	結 核	()歳	皮膚疾患	()歳	日本脳炎	()歳
予 防 接 種	B C G	()歳	肺炎球菌	()歳 ()歳		
	ポリオ・ジフテリア・破傷風・百日咳 (四種混合ワクチン)	()歳 ()歳	水痘(水ぼうそう)	()歳 ()歳		
	日本脳炎	()歳 ()歳	おたふくかぜ	()歳 ()歳		
	麻疹・風疹 (MRワクチン)	()歳 ()歳	B型肝炎	()歳 ()歳		
	ヒ ブ	()歳 ()歳	その他()	()歳 ()歳		

入学時健康相談予備調査

様式1-③

訓練歴 療育歴 (有・無)	年 月 ~	年 月	訓練や療育を受けた機関名

↑ 訓練歴・療育歴の欄が足りない場合は別紙様式2-②OPを使用してください。

家庭で行っている 医療的ケア (有・無)	<input type="checkbox"/> 吸引 (手動 ・ 電動) <input type="checkbox"/> 吸入 (インタール ・ メプチン ・ パルミコート ・ 生理食塩水) その他 () <input type="checkbox"/> 酸素吸入 (常時使用 ・ 夜間のみ使用 ・ 体調不良時に使用) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (常時使用 ・ 夜間のみ使用 ・ 体調不良時に使用) <input type="checkbox"/> カフアシスト (定時 ・ 必要時) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (鼻腔 ・ 胃ろう ・ 腸ろう) <input type="checkbox"/> 導尿 (持続 ・ 間欠) <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> その他 ()
----------------------------	--

《特記事項》

