

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		
生年月日	年 月 日生			電話 ( )	
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) ・流行性耳下腺炎(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。					

