

健康の記録

ふりがな
児童氏名

生年月日(和暦) (年 月 日)

生育歴	出産の状況 正常分娩：異常分娩（帝王切開・吸引分娩・鉗子分娩・逆子・仮死・その他： ）																
	出生後の医療機関受診の継続： 有（病名等 ）・無																
	在胎週数 週		首のすわり：		か月	歩き始め：		か月									
	出生時体重 g		寝返り：		か月	歯のはえ始め：		か月									
	栄養 母乳・混合・人工		お座り：		か月	人見知り：		か月									
既往歴	麻疹（はしか）		風疹（三日はしか）		百日咳		水痘（水ぼうそう）		流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）		川崎病						
	歳 か月		歳 か月		歳 か月		歳 か月		歳 か月		歳 か月						
健診状況	4か月児健診		受診・未受診		指導 無・有（栄養・発育・その他 ）								健診場所				
	10か月児健診		受診・未受診		指導 無・有（舌の動き・その他 ）								健診場所				
	1歳6か月児健診		受診・未受診		指導 無・有（栄養・発育・ことば・その他 ）								健診場所				
	3歳児健診		受診・未受診		指導 無・有（栄養・発育・ことば・その他 ）								健診場所				
健康状態	病 気 ・ 疾 患 等														対応の仕方		
	かかりやすい病気		有・無	便秘 気管支炎 中耳炎（急性・滲出性） クループ 肘内障(右 年 月、左 年 月) 脱臼（部位： ）骨折（部位： ） その他（ ）										症状・対処法・薬 医療機関名			
	アレルギー性疾患		有・無	アトピー性皮膚炎 喘息 アレルギー性鼻炎・結膜炎 じん麻疹→どんなときに現れますか（ ） 食物性アレルギー： 卵 乳 小麦 えび ナッツ類 その他（ ） 除去（行っている ・ 行っていない） アナフィラキシーを起こしたことがありますか（ 有 ・ 無 ） エピペンを処方されていますか（ 有 ・ 無 ） その他のアレルギー： ダニ ハウスダスト 動物 花粉 （ ）													
	その他の疾患		有・無	けいれん(回) 原因(発熱 ℃ ・その他：) 最終けいれん(年 月) 予防薬 (有 ・ 無) けいれんの詳細() 心臓疾患（部位： 年 月） ヘルニア（部位： 年 月） 手術歴（病名： 部位： 年 月） その他（ ）													
	視覚の疾患		有・無	遠視 近視 弱視 斜視 その他（ ）												眼鏡使用（有・無）	
	聴覚の疾患		有・無	聞こえが悪い（右・左・両耳）その他（ ）												補聴器使用（有・無）	

裏面も記入してください。

	障がい者手帳の有無	有 【手帳の種類 手帳 】 ・ 無						
	疾患による身体等 配慮の必要性	診断名 【 有 () ・ 無						
	平 熱	℃	血液型	A	B	O	AB	RH (+ -) 未

予 防 接 種 歴

定期 接 種	B C G (和暦)	麻疹・風疹混合 (MR)		日本脳炎			水痘 (水ぼうそう)	
		1 期	2 期	1 回目	2 回目	追加	1 回目	2 回目
	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
	B型肝炎	1 回目(和暦)		2 回目		3 回目		
		年 月		年 月		年 月		
	ロタウイルス	1 回目(和暦)		2 回目		3 回目		
		年 月		年 月		年 月		
	五種混合(DPT-IPV-Hib) ジフテリア・百日咳 破傷風・ポリオ・ヒブ	1 回目(和暦)		2 回目		3 回目		追加
	年 月		年 月		年 月		年 月	
小児用肺炎球菌	1 回目(和暦)		2 回目		3 回目		追加	
	年 月		年 月		年 月		年 月	
四種混合 (DPT-IPV) ジフテリア・百日咳 破傷風・ポリオ	1 回目(和暦)		2 回目		3 回目		追加	
	年 月		年 月		年 月		年 月	
ヒブ	1 回目(和暦)		2 回目		3 回目		追加	
	年 月		年 月		年 月		年 月	
任意 接 種 ・ 他	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)							
	(和暦)							
	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月

※任意接種欄には、季節性インフルエンザワクチン以外のものを記入してください。

その他 ※必要に応じて面接時に園が記入します。

