

令和元年9月修正

健康の記録

ふりがな

児童氏名

生年月日(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	首の座り	: か月	歩き始め	: 年月	出生時体重	: g	寝返り	: 年月	歯のはえ始め	: 年月
	栄養	母乳・混合・人工	お座り	: 年月	人見知り	: 年月	離乳食開始	: 年月	はいはい	: 年月	言葉の出始め	: 年月
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	クループ					
	歳 年月	歳 年月	歳 年月	歳 年月	歳 年月	歳 年月	歳 年月					
健診状況	4か月健診	受診・未受診	指導 無・有(栄養・発育・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	風邪 気管支炎 扁桃腺炎 中耳炎(急性・滲出性) 下痢 便秘 嘔吐					症状・対処法・薬 医療機関名				
	今までの怪我	無	脱臼(部位:)骨折(部位:) その他 ()									
	アレルギー性疾患	有・無	アトピー性皮膚炎 喘息 結膜炎 鼻炎 花粉症 じん麻疹→どんなときに現れますか() 食物性アレルゲン: 卵 乳 小麦 そば 落花生 えび かに その他() その他のアレルゲン: ダニ ハウスダスト 動物 () 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)									
	その他の疾患	有・無	けいれん(回) 原因(発熱 °C ・その他:) 最終けいれん(年 月) 予防薬(有・無) 自家中毒(発症: 年 月) 心臓疾患(病名: 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

	BCG	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	
定期 接 種	三種混合(DPT) ジフテリア・百日咳・破傷風	1回目		2回目		3回目		追加	
	ポリオ (生ワクチン・不活化ワクチン のいずれかに○をつける)	1回目		2回目		3回目		追加	
	四種混合(DPT-IPV) ジフテリア・百日咳 破傷風・ポリオ	1回目		2回目		3回目		追加	
	小児用肺炎球菌	1回目		2回目		3回目		追加	
	ヒブ	1回目		2回目		3回目		追加	
	B型肝炎	1回目		2回目		3回目			
		年 月		年 月		年 月		年 月	
任意 接 種	水痘 (水ぼうそう)	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	小児用肺炎球菌						
			1回目	2回目	3回目	追加			
	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	
			ヒブ		B型肝炎				
			1回目	2回目	3回目	追加	1回目	2回目	3回目
	年 月	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

【利用したことがあるものに○をつけてください。】

- | | |
|-----------------------|------------------|
| ①児童(老人福祉)センター | ②保健センター あそび教室 |
| ③親子育成支援教室 ジョイジョイ | ④発達支援センター おひさま |
| ⑤発達支援センター みのり | ⑥こども発達支援リ・ハビリ 初音 |
| ⑦大府市障がい者相談支援センター(スピカ) | ⑧子どもステーション |
| ⑨その他() | |