

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							
	離乳食開始：		か月		はいはい：		か月		言葉の出始め：		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・渗出性） 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。

