健康の記録

ふりがな

児童氏名

生年月日(年月日)

	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:))	
生	出生後の医療	寮機関受診の	り継続:	有(病名等)•無	
育	在胎週数	:	週	首の座り	:	カュ	月 歩き始&	5	:	か月	
'	出生時体重		g	寝返り	:	カ	月 歯のは	と始め	> :	か月	
歴	栄養	母乳·混合	•人工	お座り	:	カュ	月 人見知り)	:	か月	
	離乳食開始			はいはい	:	カュ	月 言葉の	出始&	か:	か月	
既往	麻 疹 (はしか)	風 疹 (三日はしか)	百日			流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	川崎が		クループ		
歴	歳か月	歳か月	歳	か月歳	か月	歳のか月	歳か	月	歳か月		
健	4か月健診										
診状	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		
況	3歳児健診	受診•未受	受診 指	導 無·有(学	栄養・発育	育・ことば・その他	ı)	健診場所		
		,	病	気 · 疾	患 等				対応の症状・対処	•	
	かかりやすい										
	病気	- 下採		_	\	(部位:	,				
	今までの 怪 我	200	日(部位:								
		怪 我 その他 () アトピー性皮膚炎 喘息 結膜炎 鼻炎 花粉症									
			□ 一怪及								
<i>[7=</i> 1.							· ·生				
健	アレルギー性	= 71	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								
	アンルギー性	´H									
康	 疾 患	無 ()					
	_	除去	除去(行っている ・ 行っていない)								
状		アナ	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)										
			れん(
態			はいれん								
	その他の	13	で中毒 (
	Д- Н		議疾患(3 /ニア (*								
	疾患	無一个儿手術	,	病名:		部位:	年年	月) 月)			
		その									
	視覚の疾患									(有•無)	
	聴覚の疾患								眼鏡使用補聴器使用	用(有·無)	
			1	` · · ·		`					

障がい者手帳の有無	有	【手帳の種	重類			手	=帳 】	•	無	K		
疾患による身体等配慮の必要性	診断名						1					• 無
平熱		$^{\circ}\! \mathbb{C}$	血液型	А	В	Ο	AB	RH(+	-)	未	

予防接種歷

						>混合(MR)2期1回目				脳炎	5 541	水痘(水ぼうそう)				
			1期	1	2期		1回目		2回目		追加		1回目		2回目	
	年	月	年	月		月	年	月	年	月	年	月	年	月	年	月
	→ 1=		(D.D.T.)		1回目			2回目			3回目			追加		
	二種 ジフテリフ		(DPT) B 咳•破			年	月		年	月		年	月		年	月
		ポリン		1947-11	1回目			2回目	1		3回目	ı	/ 1	追加		/ 1
	(生ワクチ				(生			(生			(生・			(生	不活	
定期	のいずね 四種混				1回目	年	月	2回目	年	月	3回目	年	月	追加	年	月
接			百日咳 ·百日咳		1回日						9回日			- 坦州		
種			ポリオ	`		年	月		年	月		年	月		年	月
					1回目			2回目	•		3回目			追加	•	
	小児用肺炎球菌					年	П	:	左	П	:	左	П		左	п
				1回目	平	月	2回目	年	月	3回目	年	<u>月</u>	. 追加	年	月	
	ヒブ												,_,,,,,			
				4 D D	年	月	0	年	月		年	月		年	月	
	B型肝炎			1回目			2回目			3回目						
					年	月		年	月		年	月				
	水痘	_	流行性耳						肺炎球菌							
	(水ぼう	そう)	(おたふく	(かぜ)	1回	月	2回	l 目	3回	.目	追力	Щ	ļ			
	年	月	年	月	年	月	年	月	年	月	年	月	年	月	年	月
任	L					ブ				B型肝炎						
意接	1回目 2回目		3回目		追加		1回目		2回目		3回目					
種	年	月	年	月	年	月	年	月	年	月	年	月	年	月	年	月
	· ·				,		,		<u> </u>				<u>'</u>		·	
													ļ			
	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(