

健康の記録

フリガナ
児童氏名

男・女

生年月日 平成 年 月 日生(第 子)

平熱はどのくらいですか。		℃									
生育歴	出生時の状況：正常分娩・帝王切開・吸引分娩・仮死・逆子・その他（ ） 在胎週数（ ）週 出生体重（ ）g										
	首のすわり： か月	はいはい： か月	歯の生え始め： か月								
	寝返り： か月	歩き始め： か月	意味のある言葉の出始め： か月								
お座り： か月	人見知り： か月										
健康状態	これまでにかかった病気はありますか。 なし・あり 麻疹〈はしか〉 風疹〈三日はしか〉 水痘〈水ぼうそう〉 流行性耳下腺炎〈おたふく〉 心臓疾患 てんかん ヘルニア 肘内障 その他（ ）										
	病気や発達等について、通院治療もしくは定期的な相談をしていますか。 いいえ・はい 病名（ ） ※病状や経過を裏面に詳しく記入してください。										
	通院・相談頻度： 年・か月・週に 回 〔医療機関・施設名〕										
	服薬の有無：なし・あり（朝 昼 夜 その他）										
	けいれんをおこしたことはありますか。 いいえ・はい（最終年 年 月） 熱性けいれん（ 回） てんかん その他（ ）										
	アレルギー性疾患はありますか。 いいえ・はい 種類：気管支ぜん息 アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 食物アレルギー アナフィラキシー じんましん その他（ ） 医師の指導：なし・あり 治療開始時期： 年 月から アレルゲン：ほこり ダニ 花粉 動物の毛 卵 牛乳 小麦 大豆 その他（ ） 除去食：卵 牛乳 小麦 大豆 その他（ ）										
目の異常はありますか。 いいえ・はい（遠視 近視 弱視 斜視 その他《 》）											
耳の異常はありますか。 いいえ・はい（聞こえが悪い 難聴 その他《 》）											
かかりやすい病気はありますか。 いいえ・はい 風邪 気管支炎 下痢 便秘 おう吐 扁桃炎 中耳炎 鼻出血 脱臼（部位 ）骨折 その他（ ）											
健康診査	乳児健診（3～4か月）：受けた・受けてない 指導（無・有） 指導内容（ ）										
	1歳半児健診：受けた・受けてない 指導（無・有） 指導内容（ ）										
	3歳児健診：受けた・受けてない 指導（無・有） 指導内容（ ）										
	その他（ 歳 か月）：受けた・受けてない 指導（無・有） 指導内容（ ） 発達の遅れ等 なし・あり（ことばの相談 ちびっこ教室 あじさい教室 すくすく園 その他《 》）										
予防接種	種類		年月日	種類		年月日	種類		年月日		
	Hib (インフルエンザ菌 b型)	1回	・	・	MR (麻しん・ 風しん)	第1期	・	ロ タ	1回	・	
		2回	・	・		第2期	・		2回	・	
		3回	・	・	日本 脳炎	1 期初回	1回		・	3回	・
		追加	・	・			2回	・	1回	・	
	小児肺炎 球菌	1回	・	・	ポ リ オ	生	1期追加	・	B型肝炎	2回	・
		2回	・	・			1回	・			
		3回	・	・			2回	・			
		追加	・	・			3回	・			
	三種・ 四種※	1 期初回	1回	・	不 活 化	1回	・	流行性耳下腺炎(おたふく)	1回	・	
			2回	・		2回	・				
			3回	・		3回	・				
			1期追加	・		4回	・				
	BCG		・	・	水痘 (水ぼうそう)	1回	・		1回	・	
						2回	・		2回	・	

※三種（DPT）…ジフテリア・百日ぜき・破傷風混合 四種…不活化ポリオ・DPT混合

