健康の記録

児童氏名（フリガナ）　　男・女

平熱はどのぐらいですか。	℃	生年月日　令和　　年　　月　　日生（第　　子）

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	ひとり歩き：　　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

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(　　)

健康診査等

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（　　）

教室等の利用　なし・あり（ことばの相談　ちびっ子教室　あじさい教室　すくすく園　その他《　　》）

発達の遅れ等、気になることはありますか

いいえ ・ はい（　　）

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	・　・	四種混合／五種※	1期初回	1回	・　・	B型肝炎	1回	・　・
	2回	・　・			2回	・　・		2回	・　・
	3回	・　・			3回	・　・		3回	・　・
	追加	・　・		1期追加		・　・	ロタ	1回	・　・
小児肺炎球菌	1回	・　・	BCG			・　・		2回	・　・
	2回	・　・	MR（麻しん・風しん）		第1期	・　・		3回	・　・
	3回	・　・			第2期	・　・	流行性耳下腺炎（おたふく）		・　・
	追加	・　・	日本脳炎	1期初回	1回	・　・	RSウィルス		・　・
水痘（水ぼうそう）	1回	・　・			2回	・　・			・　・
	2回	・　・		1期追加		・　・			・　・

※四種／五種混合・・・ ジフテリア ・ 百日せき ・ 破傷風 ・ ポリオ ・（ ヒブ ）

※園に伝えたいことがありましたら、裏面にご記入ください

備　　考