

健康の記録

生年月日 平成 年 月 日生 (第 子)

平熱はどのぐらいですか。		℃							
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	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								
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) []									
健康状態	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	・	四種混合※	1期初回	1回	・		
		2回	・		2回	・	B型肝炎	1回	・
		3回	・		3回	・		2回	・
		追加	・		1期追加	・	3回	・	
	小児肺炎球菌	1回	・	BCG		ロタ	1回	・	
		2回	・	MR (麻しん・風しん)	第1期		・	2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	・	・	
	水痘 (水ぼうそう)	1回	・		2回	・	・		
2回		・	1期追加	・	・				

※四種混合・・・ジフテリア・百日咳・破傷風・不活化ポリオ

