

健康記録票

(保育所名)
認定こども園名

入所(園)年月日 平成 年 月 日

フリガナ
児童氏名

男・女 平成 年 月 日生まれ

1. 生まれた頃の様子について記入してください。

| | | | | |
|--------|---|---|----|----|
| 妊娠中の異常 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () | | | |
| 在胎週数 | () 週 | | | |
| 出生時 | 第 子・父 歳・母 歳 | | | |
| | 身長 | cm | 体重 | kg |
| | 分娩時の異常 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () | | |

2. 今までに受けた予防接種について記入してください。

| | | | | |
|---------------------|----------------|-------|---|---|
| 予 防 接 種 | B型肝炎ワクチン | | 年 | 月 |
| | ヒブワクチン | 1回目 | 年 | 月 |
| | | 2回目 | 年 | 月 |
| | | 3回目 | 年 | 月 |
| | | 追加 | 年 | 月 |
| | 肺炎球菌 | 1回目 | 年 | 月 |
| | | 2回目 | 年 | 月 |
| | | 3回目 | 年 | 月 |
| | | 追加 | 年 | 月 |
| | ロタワクチン | 1回目 | 年 | 月 |
| | | 2回目 | 年 | 月 |
| | | 3回目 | 年 | 月 |
| | 四種混合 (三種混合) | 1期1回目 | 年 | 月 |
| | | 2回目 | 年 | 月 |
| | | 3回目 | 年 | 月 |
| 1期追加 | | 年 | 月 | |
| ポリオ | 1回目(生・不活化) | 年 | 月 | |
| | 2回目(生・不活化) | 年 | 月 | |
| | 3回目(生・不活化) | 年 | 月 | |
| | 4回目(生・不活化) | 年 | 月 | |
| B C G | | 年 | 月 | |
| 麻疹風疹混合 (MRワクチン) | 1期 | 年 | 月 | |
| | 2期 | 年 | 月 | |
| 水痘 (みずぼうそう) | 1回目 | 年 | 月 | |
| | 2回目 | 年 | 月 | |
| 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) | 1回目 | 年 | 月 | |
| | 2回目 | 年 | 月 | |
| 日本脳炎 | 1回目 | 年 | 月 | |
| | 2回目 | 年 | 月 | |
| | 追加 | 年 | 月 | |
| インフルエンザ | 年 | 月 | 年 | 月 |
| | 年 | 月 | 年 | 月 |
| | 年 | 月 | 年 | 月 |
| | 年 | 月 | 年 | 月 |
| その他 | () | 年 | 月 | |
| | () | 年 | 月 | |
| | () | 年 | 月 | |
| シナジス | | 年 | 年 | |

3. 今までにかかった病気等について記入してください。

| | | | |
|--|---|---|-----------------------------|
| 生まれつきの病気 はありますか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 病名() | | |
| 食物アレルギー (除去中のもの) (症状) | <input type="checkbox"/> 卵 | <input type="checkbox"/> ミルク(乳製品) | |
| | <input type="checkbox"/> 小麦 | <input type="checkbox"/> 落花生 | <input type="checkbox"/> ソバ |
| | <input type="checkbox"/> その他() アナフィラキシー(アレルギー反応) | | |
| | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有() | |
| 薬物アレルギー | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 種類等() | |
| その他のアレルギー | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有() | |
| 熱性けいれん ()回 | 初回 | 歳 | 月 |
| | 最後 | 歳 | 月 |
| 肘が抜けやすい(肘内障) | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有(右・左) | |
| 突発性発疹 | 歳頃 | 歳頃 | |
| 麻疹 | | 歳頃 | |
| 風疹(三日ばしか) | | 歳頃 | |
| 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) | | 歳頃 | |
| 水痘(みずぼうそう) | | 歳頃 | |
| 百日咳 | | 歳頃 | |
| B型肝炎(<input type="checkbox"/> キャリアー <input type="checkbox"/> キャリアーでない) | | | |
| <input type="checkbox"/> 副鼻腔炎 <input type="checkbox"/> 中耳炎 | | | |
| 喘息 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | 薬 | <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 発作時 <input type="checkbox"/> 無 | |
| | 吸入 | <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 発作時 <input type="checkbox"/> 無 | |
| アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 外用薬 | | |
| <input type="checkbox"/> 川崎病 | 心臓合併症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | | |
| 気になる 発達の状況 | 具体的に記入してください。 | | |
| その他 | 病名() | | |
| 入院 | 病名() | | |
| | 医療機関名() | | |

4. 健診について記入してください。

| | | |
|----------|---|---|
| 4か月児健診 | 年 | 月 |
| 1歳6か月児健診 | 年 | 月 |
| 3歳児健診 | 年 | 月 |

入所(園)時

| 健診年月日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
|-------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 年 令 | 才 か月 |
| 身 長 | cm | cm | cm | cm | cm | cm |
| 体 重 | kg | kg | kg | kg | kg | kg |
| 健康について 気になること | | | | | | |
| 治療中の病気 (医療機関名) | | | | | | |
| 継続して服用 している薬 | | | | | | |
| 発達について 気になること | | | | | | |
| 健診結果 | | | | | | |
| 健診医署名 | | | | | | |

| 健診年月日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
|-------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 年 令 | 才 か月 |
| 身 長 | cm | cm | cm | cm | cm | cm |
| 体 重 | kg | kg | kg | kg | kg | kg |
| 健康について 気になること | | | | | | |
| 治療中の病気 (医療機関名) | | | | | | |
| 継続して服用 している薬 | | | | | | |
| 発達について 気になること | | | | | | |
| 健診結果 | | | | | | |
| 健診医署名 | | | | | | |