

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
			年	月
			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	年 月	
	年 月	年 月	年 月	
その他	()	年 月	月	
	()	年 月	月	
	()	年 月	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)	<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()
(症 状)	
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	才 か月	才 か月	才 か月	才 か月	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	才 か月	才 か月	才 か月	才 か月	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						