

# 健康記録

太枠の中の項目について、母子健康手帳を参考にしながら、あてはまる□にチェック及び該当事項をご記入下さい。

児童名	フリガナ		平成 年 月 日生	平熱	°C	出生時体重 g	
	男・女						
出産	週出生 / 正常 / その他(□早産だった 週 □お産にかかった時間が24時間以上だった □促進剤を使った □吸引をした □生まれてすぐ息をしなかった)						
体質および現在かかっている病気	<input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい(□高熱をよく出す °C □気管支炎 □扁桃が腫れる) <input type="checkbox"/> ひきつけを起こしたことがある 高熱時・平熱時 年 月(歳 カ月) <input type="checkbox"/> 脱臼しやすい( ) □かぶれやすい( ) <input type="checkbox"/> 中耳炎(右・左) □鼻血が出やすい □便秘しやすい □下痢しやすい <input type="checkbox"/> 上記以外で通院中の病気がある(病名 ) <input type="checkbox"/> アレルギーについて 無・有 → 「有」の場合、以下もお答えください。 アレルギーの病気(□喘息 □鼻炎 □結膜炎 □湿疹) アレルゲン 食物( ) 薬品( ) <input type="checkbox"/> かかりつけの医院 無・有「有」の場合 → (病院名 ) <input type="checkbox"/> お子さんの健康や成長発達などで、保育所に伝えたいことがありましたら、ご自由にお書き下さい。						
首すわり	か月/寝返り	か月/おすわり	か月/ハイハイ	か月/つかまり立ち	か月		
つたい歩き	か月/歩きはじめ	か月/意味のある言葉を話した時	か月/人見知り	有・無			
かかった病気	麻疹(はしか)	みずぼうそう	風疹	流行性耳下腺炎	熱性けいれん	喘息	肘内障
	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
定期予防接種	BCG	MR(麻疹・風疹)	水痘症		ポリオ		
	年 月 日	年 月 日 年 月 日	1回目 年 月 日 2回目 年 月 日	年 月 日 年 月 日	1回目 年 月 日 2回目 年 月 日	年 月 日 年 月 日	
	Hib (インフルエンザ菌b型)	1回目 年 月 日	2回目 年 月 日	3回目 年 月 日	4回目 年 月 日		
	肺炎球菌	1回目 年 月 日	2回目 年 月 日	3回目 年 月 日	4回目 年 月 日		
	四種混合DPT-IPV (ジフテリア・破傷風・百日咳・ポリオ)	1回目 年 月 日	2回目 年 月 日	3回目 年 月 日	4回目 年 月 日		
	三種混合	1回目 年 月 日	2回目 年 月 日	3回目 年 月 日	4回目 年 月 日		
	日本脳炎	1回目 年 月 日	2回目 年 月 日	3回目 年 月 日	4回目 年 月 日		
任意予防接種	B型肝炎	1回目 年 月 日	2回目 年 月 日	3回目 年 月 日			
	ロタウイルス	1回目 年 月 日 (1価・5価)	2回目 年 月 日 (1価・5価)	3回目 年 月 日 (5価)			
	流行性耳下腺炎	1回目 年 月 日	2回目 年 月 日				
	インフルエンザ	1回目 年 月 日	2回目 年 月 日				
定期健康診断	3~4か月	6~7か月	9~10か月	1歳6か月	3歳	就学時健診	
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
状態で							