

児 童 健 康 票

※ 該当するところに記入、または☑、○をつけてください。

フリガナ		フリガナ		記入年月日	R	年	月	日
児童名		保護者名		生年月日	H・R	年	月	日
				記入日の年齢	歳		か月	
生育歴	妊娠中(母体)	☐正常 / ☐異常 ()						
	出産の状況	出産予定日 (H・R 年 月 日)						
		(右記に該当する場合のみ☑) ☐早産 (週目) ☐過期産 ☐多胎 (人)						
	出生時 (新生児の状況)	☐正常分娩 ☐鉗子 ☐吸引 ☐切開(理由)						
		出生時体重 (g) 出生時身長 (cm) 出生時頭囲 (cm)						
		☐元気 ☐衰弱仮死 ☐チアノーゼ ☐血腫 ☐へその緒 ()						
	乳幼児期 (発育状況)	保育器使用: ☐無 / ☐有 (日) 黄疸: ☐重症 / ☐やや強い / ☐殆どなし						
栄養 (☐母乳 ☐人工 ☐混合) 離乳食開始 (か月) ~ 完了 (歳 か月)								
現在の体重 (kg) 現在の身長 (cm)								
首のすわり (か月) 寝がえり (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) ひとり歩き (か月) 人見知り (か月) 始語(意味ある言葉) (か月)								
アレルギー	☐無 / ☐有 / ☐検査していない 特記事項:							
	(有の場合)	内 容: ☐卵 ☐牛乳 ☐小麦粉 ☐大豆 ☐ダニ ☐ハウスダスト ☐花粉 ☐その他 () 治 療: ☐無 / ☐有 → 飲み薬・ぬり薬・その他 ()						
医療歴	既往歴 (有の場合)	☐無 / ☐有 特記事項:						
		☐肺炎 ☐中耳炎 ☐肝炎 ☐川崎病 ☐ぜんそく ☐水疱瘡 ☐ヘルニア ☐脱臼(部位:) ☐心臓疾患(不整脈・肥大・雑音・弁膜症・先天性) ☐その他 () 服 薬 ☐無 / ☐有 → 開始時期: 歳 か月 回数: 1日 回						
	ひきつけ・けいれん	☐無 / ☐有 → 初回 (歳 か月) 発熱 (無・有) その後の回数 (回)						
	てんかん	☐無 / ☐有 → 初回 (歳 か月) 発熱 (無・有) その後の回数 (回) 服薬 ☐無 / ☐有 → 開始時期: 歳 か月 回数: 1日 回						
健康診断	4 か月	有/無	(受診場所)	(受診結果・助言など)				
	1歳6か月	有/無						
	3 歳	有/無						
予防接種	三(四)種混合(百日咳・ジフテリア・破傷風・(ポリオ)) [1・2・3 追加] ポリオ(不活化・生) [1・2・3・追加]、MR(麻しん風しんワクチン) [1期・2期]、BCG 日本脳炎1期 [1・2・追加]、小児肺炎球菌 [1・2・3・追加]、ヒブ [1・2・3・追加] 水痘 [1・2]、☐タリックス(1価) [1・2] ☐タテック(5価) [1・2・3] その他 ()							
障害等	身体障害者手帳: ☐無 / ☐有 → (級 交付年月日: H・R . . 障害名:)							
	療 育 手 帳: ☐無 / ☐有 → (級 交付年月日: H・R . . 備考:)							
今までに指導・治療を受けた専門機関等:								
保育経験	☐家庭 ☐家庭保育室 ☐企業内保育所 ☐小規模保育事業所 ☐別居親族 ☐その他 () ☐一時預かり(施設名称:) ☐保育園(施設名称:)							
◎健康面や発育面など気になることなどありましたら、記入してください。								