

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)					
アレルギー	ひとり歩き (か月) 人見知り (か月) 始語 (意味ある言葉) (か月)				
	☐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	☐無 / ☐有 特記事項:			
	(有の場合)	☐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 ()			
	ひきつけ・けいれん	服 薬 ☐無 / ☐有 → 開始時期: 歳 か月 回数: 1日 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	五 (四) (三) 種混合 (百日咳・ジフテリア・破傷風・ポリオ・Hib (ヒブ)) [1・2・3・追加]、 Hib (ヒブ) [1・2・3・追加]、小児肺炎球菌 [1・2・3・追加]、B型肝炎 [1・2・3]、 ロタリックス (1価) [1・2]、ロタテック (5価) [1・2・3]、BCG [1]、水痘 [1・2]、 MR (麻しん風しん) [1期・2期]、日本脳炎1期 [1・2・追加]、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。					