**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。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 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） |
| □正常分娩　□鉗子　□吸引　□切開（理由　　　　　　　　　　　　 　　） |
| 出生時（新生児の状況） | 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（　　　　　　） |
| 保育器使用：□無 / □有（　　　日） | 黄疸：□重症 / □やや強い / □殆どなし |
| 乳幼児期（発育状況） | 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 | □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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）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 | 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。 |