

健康記録票

東船橋ひなた保育園

入園年月日 令和 年 月 日

児童名 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 令和 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			
在胎週教			
出生時	第 子 ・ 父 歳	母 歳	歳
身長	cm	体重	kg
分娩時の異常	□無 □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。

定期接種	B型肝炎	□ □ □
	ロタウイルス	1価 □ □ 5価 □ □ □ □
	ヒブ	□ □ □ □
	小児用肺炎球菌	□ □ □ □
	四種混合(DPT-IPV)	□ □ □ □
	三種混合・ポリオ	
	BCG	□
	MR(麻疹風疹)	□ □
	日本脳炎	□ □ □ □
	水痘	□ □
任意接種	おたふくかぜ	□ □
	髄膜炎菌	□
	インフルエンザ ※接種日を記入	1( )
		2( )
		3( )
		4( )
		5( )
		6( )
		7( )
		8( )
新型コロナ ※接種日を記入	1( )	
	2( )	
	3( )	
	4( )	
	5( )	
	6( )	
	7( )	
	8( )	

3. 今までにかかった病気等について

生まれつきの病気は	□はい □いいえ
ありますか。	病名( )
食物アレルギー (除去中のもの)	□卵 □ミルク(乳製品) □小麦 □落花生 □ソバ □その他( )
(症状)	□無 □有( )
薬物アレルギー	□無 □有 種類等( )
その他アレルギー	□無 □有
熱性けいれん	初回 歳 月 ( )回 最後 歳 月
肘内障(肘がぬけた)	□無 □有( 右 ・ 左 )
突発性発疹	歳頃 歳頃
麻疹	歳頃
風疹(三日はしか)	歳頃
流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	歳頃
みずぼうそう	歳頃
百日咳	歳頃
B型肝炎(□キャリア □キャリアではない)	
□副鼻腔炎	□中耳炎
喘息□無 □有	薬 □毎日 □発作時 □無
喘息性気管支炎	吸入 □無 □有 □毎日 □発作時 □無
□川崎病	心臓合併症 □無 □有
気になる	発達の状 況 (具体的 に)
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カ月健診	年 月
1歳6カ月健診	年 月
3歳健診	年 月