

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		
在胎週数		
出生時	第 子・ 父 歳 母 歳	
	身長 cm	体重 kg
	分娩時の異常	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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。

HBワクチン		年	月
		年	月
		年	月
Hib	1回目	年	月
	2回目	年	月
	3回目	年	月
	追加	年	月
肺炎球菌	1回目	年	月
	2回目	年	月
	3回目	年	月
	追加	年	月
ロタ	1回目	年	月
	2回目	年	月
	3回目	年	月
シナジス (RBウイルス)		年	年
四種混合	1期1回目	年	月
	1期2回目	年	月
	1期3回目	年	月
	1期追加	年	月
BCG		年	月
ポリオ	1回目(生・不活化)	年	月
	2回目(生・不活化)	年	月
	3回目(生・不活化)	年	月
	4回目(生・不活化)	年	月
麻疹風疹混合 (MRワクチン)	1期	年	月
	2期	年	月
みずぼうそう	1回目	年	月
	2回目	年	月
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	1回目	年	月
	2回目	年	月
日本脳炎	1回目	年	月
	2回目	年	月
	追加	年	月
インフルエンザ		年	年
		年	年
		年	年
		年	年
		年	年
その他	()	年	月
	()	年	月
	()	年	月

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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
ありますか。	病名()
食物アレルギー (除去中のもの)	<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> ミルク(乳製品) <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 落花生 <input type="checkbox"/> ソバ <input type="checkbox"/> その他()
	(症状) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
薬物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 種類等()
その他アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
熱性けいれん	初回 歳 月 ()回 最後 歳 月
肘内障(肘がぬけた)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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(<input type="checkbox"/> キャリア <input type="checkbox"/> キャリアではない)	
<input type="checkbox"/> 副鼻腔炎	<input type="checkbox"/> 中耳炎
喘息	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 発作時 <input type="checkbox"/> 無
喘息性気管支炎	吸入 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 発作時 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 川崎病	心臓合併症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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

入園時

健診年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
年齢	歳 力月	歳 力月	歳 力月	歳 力月	歳 力月	歳 力月
身長	cm	cm	cm	cm	cm	cm
体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg
健康について 気になること						
治療中の病気 (医療機関名)						
継続して服用 している薬						
発達について 気になること						
健診結果						
健診医署名						

健診年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
年齢	歳 力月	歳 力月	歳 力月	歳 力月	歳 力月	歳 力月
身長	cm	cm	cm	cm	cm	cm
体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg
健康について 気になること						
治療中の病気 (医療機関名)						
継続して服用 している薬						
発達について 気になること						
健診結果						
健診医署名						