

氏名

男・女 20

(H

)

生 (第

子)

出生病院		出生時	体重 g cm 胸囲 cm	身長 cm 頭囲	在胎週数 分 娩	週
妊娠中	正常 異常()	新生児期 の経過	保育器 使用() 未使用		黄 疸	なし・普通・強

健 康 状 態	今までにかかった病気を教えてください				*保育園記入欄	発育・健診について教えてください
	風邪をひきやすい	はい	いいえ			周囲からの 光・音・呼びかけに 対して反応がありますか (はい いいえ)
	気管支炎をおこしやすい	はい	いいえ			首すわり (生後 月)
	熱がでやすい	はい	いいえ			人見知りがありましたか (はい いいえ)
	喘息がある	はい	いいえ			はいはい (生後 月)
	湿疹がでしやすい	はい	いいえ			一人歩き (生後 月)
	皮膚が弱い	はい	いいえ			3~4ヶ月健診(年 月 日) 異常なし・あり
	目・耳・鼻の病気がある	はい	いいえ			6~7ヶ月健診(年 月 日) 異常なし・あり
	ころびやすい	はい	いいえ			9~10ヶ月健診(年 月 日) 異常なし・あり
	脱臼しやすい	はい	いいえ			1歳6ヶ月健診(年 月 日) 異常なし・あり
	食物アレルギーがある	はい	いいえ			3歳健診(年 月 日) 異常なし・あり
	先天性の病気がある	はい	いいえ			麻しん(はしか)
	血がとまりにくい	はい	いいえ			年 月
	ヘルニアがある	はい	いいえ			年 月
	ひきつけ・けいれんをおこしたことがある	はい	いいえ			心疾患・肝疾患・腎疾患・糖尿病他 なし/あり ()
	定期的に病院にかかっている	はい	いいえ			けいれん なし/あり ()
	麻しん(はしか)	はい	いいえ			アレルギー なし/あり ()
	水痘(みずぼうそう)	はい	いいえ			喫煙者 なし/あり ()
	風しん	はい	いいえ			
	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	はい	いいえ			
百日咳	はい	いいえ				
突発性発疹	はい	いいえ				

予 防 接 種

項目	BCG	B型肝炎	ロタウイルス	四種混合				インフルエンザ菌b型 (Hib)	小児肺炎球菌	MR	水痘
				1回	2回	3回	追加				
年月日											
項目	おたふく 風邪	日本脳炎		インフルエンザ							
		1期初回	1期追加								
年月日											

かかりつけ病院:

主治医:

その他 身体のこと、育児のことで気になることがありましたら 書いて下さい。

愛の手帳 度 (年 月 日)

身体障害者手帳 級 (年 月 日)

年 月 日 記入