

# 健康記録票

記入日：20 年 月 日

(フリガナ) 乳幼児氏名	(性別) 男・女	(生年月日) 年 月 日	(血液型) 型
かかりつけ医		TEL	
出産歴 (第 子)	出産状況 ( )	出産時の体重 g	養育者

発育情報	* 平均体温	( °C)	* 首がすわった時期	歳 か月ごろ
	* 平均睡眠時間	( 時間)	* おむつがとれた時期	歳 か月ごろ
	* 授乳間隔	( 時間置き)	* 離乳した時期	歳 か月ごろ
	* 乳汁の種類	(母乳・人工・混合)	* 歩き始めた時期	歳 か月ごろ
	* ミルクの量	( ml)	* 言葉が話せた時期	歳 か月ごろ

予防接種	種類	(接種時期)		種類
	* 四種混合	第1回 ( / / )		* BCG ( / / )
	・百日咳	第2回 ( / / )		* 日本脳炎 第1回 ( / / )
	・ジフテリア	第3回 ( / / )		第2回 ( / / )
	・破傷風			第3回 ( / / )
	・ポリオ	1期追加 ( / / )		* B型肝炎 ( / / )( / / )( / / )
	* 水ぼうそう	( / / )( / / )		* 肺炎球菌 ( / / )( / / )
	* MR (麻疹・風疹)	( / / )		( / / )( / / )
	* おたふくかぜ	( / / )		* Hib(ヒブ) ( / / )( / / )
	* A型肝炎	( / / )		( / / )( / / )
* その他 ( )	( / / )		* インフルエンザ ( / / )( / / )	
病歴	* はしか(麻疹)	( / / )		* 突発性発疹 ( / / )
	* 水ぼうそう	( / / )		* 手足口病 ( / / )
	* 風しん	( / / )		* とびひ ( / / )
	* おたふくかぜ	( / / )		* その他 ( / / )
起こしやす い症状や 病気	* ぜんそく	* 腹痛	* ひきつけ	* 扁桃炎
	* 下痢	* 便秘	* 嘔吐	* 口内炎
	* その他 ( )			
健康状態	* アトピー性皮膚炎についての情報			保護者氏名  印
	* アレルギー性鼻炎についての情報			
	* 食物アレルギーについての情報			
	* とても良い	* 良い		
	* やや悪い	* 現在、通院している		
	[病気・ケガ]			

保護者様⇒⇒園長⇒⇒看護師⇒⇒保育士⇒⇒法人(保育事業部)

園長	看護師	保育士	法人