

健康記録票

記入日：20 年 月 日

(フリガナ) 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)	兄弟児の有無(有 ・ 無)		

発育情報は乳児以外*のみ記載で可(ただし、発達に遅れなどの指摘をされているまたは気になる場合は記載する)

発育情報	* 平均体温	(℃)	首がすわった時期	歳 か月ごろ
	* 平均睡眠時間	(時間)	おもむきがとれた時期	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	(m l) / 1 回	言葉が話せた時期	歳 か月ごろ

	ワクチン名	接種日	ワクチン名	接種日
予 防 接 種	小児肺炎球菌	(年 月 日)	五種混合	(年 月 日)
		(年 月 日)	四種混合	(年 月 日)
		(年 月 日)	三種混合	(年 月 日)
		(年 月 日)	どれかに○をつける	(年 月 日)
	B 型肝炎	(年 月 日)	ロタウイルス	(年 月 日)
		(年 月 日)	(1 価 ・ 5 価)	(年 月 日)
		(年 月 日)	どちらかに○をつける	(年 月 日)
				1 価は 2 回、5 価は 3 回
	MR(麻疹風疹)	(年 月 日)	水痘(みずぼうそう)	(年 月 日)
	BCG	(年 月 日)	おたふくかぜ	(年 月 日)
			(年 月 日)	
日本脳炎	(年 月 日)	その他		
	(年 月 日)	()		
	(年 月 日)			
	(年 月 日)			

普 段 の 健 康 状 態	*とても良い * 良い * やや悪い
	*現在、通院している（ 何科に _____ 病名等： _____ ）
	<起こしやすい症状>
	*ぜんそく *腹 痛 *ひきつけ *扁桃炎 *脱臼
	*下 痢 *便 秘 *嘔 吐 *口内炎 *その他（ _____ ）
	*皮膚疾患（ _____ ）
	*食物アレルギー（ 無 ・ 有 ） ある場合（何の食べ物 _____ ）
	*その他アレルギー（ _____ ）
持 病	*熱性けいれん（ 無 ・ 有 ） ある場合（何度の熱で _____ ）℃ _____ ダイアブ座薬（ 無 ・ 有 ） 何度の熱で使用の指示か（ _____ ）℃ 救急車呼ぶタイミング（ 起きたらすぐに ・ ５分以上続く時 _____ ）
	既往歴（ _____ ）

＜その他伝えておきたいこと＞

園長	看護師	保育士