

健康調査票

※該当するところを○で囲むか、記入してください。

ふりがな			年 月 日生
児童名	男・女		(歳 カ月)
出生状態	在胎期間(週) 正常産 仮死産 鉗子分娩 吸引分娩 逆子 帝王切開 出生時の体重(g) 出生時の身長(cm)		
乳児期の状態	栄養(母乳・人工乳・混合) 離乳開始(カ月) 離乳完了(カ月) 歯の生えはじめ(カ月) 歩きはじめ(歳 カ月) 言葉のはじまり(歳 カ月)		
予防接種	BCG : (年 月) MRワクチン : ①(年 月), ②(年 月) 四種混合 : ①(年 月), ②(年 月), ③(年 月), 追加(年 月) ・三種混合 : ①(年 月), ②(年 月), ③(年 月), 追加(年 月) ・ポリオ : ①(年 月), ②(年 月), ③(年 月), 追加(年 月) ヒブ(Hib) : ①(年 月), ②(年 月), ③(年 月), 追加(年 月) 肺炎球菌 : ①(年 月), ②(年 月), ③(年 月), 追加(年 月) 水ぼうそう : (年 月) おたふくかぜ : (年 月) 日本脳炎 : ①(年 月), ②(年 月), ③(年 月), 追加(年 月) B型肝炎 : ①(年 月), ②(年 月), ③(年 月), 追加(年 月) ロタウィルス : ①(年 月), ②(年 月), ③(年 月), 追加(年 月) その他()		
今までにかかった感染症	はしか(年 月) 風疹(年 月) 水ぼうそう(年 月) おたふくかぜ(年 月) 突発性発疹(年 月)(年 月) 百日咳(年 月) りんご病(年 月) その他()		
今までにかかった病気	けいれん ぜんそく 心臓疾患 川崎病 中耳炎 (右・左) 肘内障 (右・左) 脱臼:(部位) ヘルニア:(部位) その他()	平熱 ℃	
アレルギー	食物() ハチ その他()		
その他の心配な健康状態	便秘 下痢 その他() アトピー性皮膚炎		
生活の様子	食事	好きな食べ物	嫌いな食べ物
	排泄	おむつの使用(紙・布) おまるの使用 トイレの使用 排泄の予告(ある・ない)	
	睡眠	睡眠時間(昼 : : ~ :), (夜間 : : ~ :) 寝つき(良・否), 寝起き(良・否) 寝る時の様子やくせ:	
	子	好きな遊び	家庭ではお子さんをどのように呼んでいますか
かかりつけの病院	病院名	病院名	
	病院名	病院名	
備考			