

一時保育健康調査票

令和 年 月 日 記入

児童氏名 男・女 令和 年 月 日生 (第 子)

出生病院		出生時	体重 胸囲	g cm	身長 頭囲	cm cm	在胎週数	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下さい				* 保育園記入欄	発育・健診について教えて下さい
	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			
	熱がでやすい	はい	いいえ			首すわり (生後 月)
	喘息がある	はい	いいえ			人見知りがありましたか (はい いいえ)
	湿疹がでやすい	はい	いいえ			はいはい (生後 月)
	皮膚が弱い	はい	いいえ			一人歩き (生後 月)
	目・耳・鼻の病気がある	はい	いいえ			3～4ヶ月健診 (年 月 日) 異常なし・あり
	ころびやすい	はい	いいえ			6～7ヶ月健診 (年 月 日) 異常なし・あり
	脱臼しやすい	はい	いいえ			9～10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			1歳6ヶ月健診 (年 月 日) 異常なし・あり
	先天性の病気がある	はい	いいえ			3歳健診 (年 月 日) 異常なし・あり
	血がとまりにくい	はい	いいえ			
	ヘルニアがある	はい	いいえ			
	ひきつけ・けいれんをおこしたことがある	はい	いいえ			
	定期的に病院にかかっている	はい	いいえ			
	麻疹 (はしか)	はい	いいえ	年 月		家族歴 * 保育園記入欄
	水痘 (みずぼうそう)	はい	いいえ	年 月		心疾患・肝疾患・腎疾患・糖尿病 他
	風しん	はい	いいえ	年 月		なし/あり ()
	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	はい	いいえ	年 月		けいれん なし/あり ()
百日咳	はい	いいえ	年 月		アレルギー なし/あり ()	
突発性発疹	はい	いいえ	年 月		喫煙者 なし/あり ()	

予		防		接		種			
項目	BC G	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		その他
		1期初回	1期追加	1回目	2回目	
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)