

# 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 ヲ月)
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)		
乳幼児期の状態	栄養 (母乳・人工乳・混合) 離乳開始 ( ヲ月) 離乳完了 ( ヲ月) 歯の生えはじめ ( ヲ月) 歩きはじめ ( 歳 ヲ月) 言葉のはじまり ( 歳 ヲ月)		
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) ロタウイルス : 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 :	
		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			