

保健調査票

歳児 なまえ

平熱

℃

生育歴	出生時体重 () g	出生時	異常 (なし・あり)
	栄養 (母乳、人工乳、混合)	・ 離乳開始 (か月)	・ 離乳完了 (歳 か月)
	首のすわり (か月)	・ 寝返り (か月)	・ お座り (か月)
	ハイハイ (か月)	・ つかまり立ち (か月)	・ 歩きはじめ (か月)

乳幼児健診	受診結果	
	4か月検診	
	10か月検診	
	1歳6か月検診	
	3歳検診	

予防接種	Hib	1回: H・R 年 月	肺炎球菌	1回: H・R 年 月	三種混合 四種混合 (どちらかに○)	1回: H・R 年 月
		2回: H・R 年 月		2回: H・R 年 月		2回: H・R 年 月
		3回: H・R 年 月		3回: H・R 年 月		3回: H・R 年 月
		追加: H・R 年 月		追加: H・R 年 月		追加: H・R 年 月
	BCG	H・R 年 月	MR	1回: H・R 年 月	ポリオ	1回: H・R 年 月
			2回: H・R 年 月	2回: H・R 年 月		
任意の 予防接種	ロタウイルス	H・R 年 月	みずぼうそう		H・R 年 月	
	おたふく風邪	H・R 年 月			H・R 年 月	

健康状況	今までにかかった病気 (ヘルニア・川崎病・肺炎・心臓疾患など)		病名	歳 か月
			病名	歳 か月
	今までのケガ (例: 脱臼など)		場所・状況 ()	
	目・耳・鼻喉の様子 (気になることを書いてください)		異常なし・あり→ ()	
	体質		★食事アレルギー (なし・あり) ※アナフィラキシーをおこしたことがありますか? (なし・あり) <原因・症状 > ★アトピー性皮膚炎<治療方法 > ★喘息 <治療方法 > ★熱性けいれん (なし・あり) (歳 か月) (歳 か月) ★蜂に刺されたことがありますか? (なし・あり) ★薬アレルギーはありますか? (なし・あり) [例→絆創膏のテープかぶれがある] <	
体質・健康上の注意点				

かかりつけの病院	院名		電話番号
	内科		
	外科		
	耳鼻咽喉科		
	その他		

★ 保育中にケガを負ったり、病気になった時に、職務中など連絡がつかなかった場合は園の判断にお任せします。

保護者署名

印