

健康の記録

社会福祉法人しらかば保育園

園児名	(ふりがな)			愛称	生年月日	年 月 日
	第 子 (男・女)				平熱	℃
出生歴	出生時	体重 g	身長 cm	頭囲 cm	胸囲 cm	
	在胎期間	週		授乳方法	母乳 ・ 人工乳 ・ 混合	
感染症既往歴	突発性発しん		歳 か月	麻しん		歳 か月
	水痘 (水ぼうそう)		歳 か月	風しん		歳 か月
	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)		歳 か月	百日咳		歳 か月
	伝染性紅斑 (リンゴ病)		歳 か月	(その他)		歳 か月
定期予防接種	(注釈) ※1：平成 24 年 11 月～四種混合 (三種+ポリオ) ワクチンが導入されました ※2：ポリオ生ワクチンは、全 2 回です 不活化ワクチンは全 4 回です ※3：ロタウイルスワクチンは、全 2 回のものとは全 3 回の 2 種類あります					
	BCG	H . .		MR <small>麻しん・風しん</small>	H . .	
	四種混合 ※1	①回目 H . .	②回目 H . .	③回目 H . .	④回目 H . .	
	三種混合	①回目 H . .	②回目 H . .	③回目 H . .	④回目 H . .	
	ポリオ ※2	①回目 H . .	②回目 H . .	③回目 H . .	④回目 H . .	
	Hib (ヒブ)	①回目 H . .	②回目 H . .	③回目 H . .	④回目 H . .	
	小児用肺炎球菌	①回目 H . .	②回目 H . .	③回目 H . .	④回目 H . .	
	日本脳炎	①回目 H . .	②回目 H . .	③回目 H . .	④回目 H . .	
	水痘	①回目 H . .	②回目 H . .	/		/
予防接種 任意種	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	①回目 H . .	②回目 H . .	/		/
	ロタウイルス ※3	①回目 H . .	②回目 H . .	③回目 H . .	/	
かかりつけ 医療機関	小児科	医院名 Tel		科	医院名 Tel	
	小児科	医院名 Tel		科	医院名 Tel	

健康の記録

社会福祉法人しらかば保育園

あてはまる方に○をつけ、詳しく書いてください			
健康状況	①けいれん・ひきつけを起こしたことがある	<ul style="list-style-type: none"> ・ない ・ある：どんな時 (
	②慢性疾患がある	<ul style="list-style-type: none"> ・ない ・ある：疾病名 (
	③大きなケガや手術歴がある	<ul style="list-style-type: none"> ・ない ・ある：内容 (
	④特定の物に対してアレルギーがある もしくはアレルギー反応（症状）が出る	<ul style="list-style-type: none"> ・ない ・ある：詳しい内容 (
	⑤乳幼児健診で受けたものに○を記入	4か月 ・ 9か月 ・ 1歳6か月 ・ 3歳	
	⑥健診で特に指導を受けたことや経過観察となっていることがある	4か月	<ul style="list-style-type: none"> ・ない ・ある：詳しい内容 (
		9か月	<ul style="list-style-type: none"> ・ない ・ある：詳しい内容 (
1歳 6か月		<ul style="list-style-type: none"> ・ない ・ある：詳しい内容 (
3歳		<ul style="list-style-type: none"> ・ない ・ある：詳しい内容 (
⑦身体・情緒・発語等の発達において心配や気がかりになっていることはありますか	<ul style="list-style-type: none"> ・ない ・ある：詳しい内容 (
特記事項 (要記入日)			