

健康調査票				施設名()	
園児名 (ふりがな)	性別 男 ・ 女	生年月日 年 月 日	保護者氏名	続柄	日中保育をしている方 母 ・ 父 ・ 祖父母 その他 ()
あてはまるところに○、空欄には内容をご記入ください。					
出生時状況	出生体重 ()g 身長 ()cm 頭囲 ()cm、在胎週数 ()週 日				
	お産 : 正常 ・ 帝王切開 ・ 吸引 ・ その他 ()				
	妊娠中に母胎に異常がありましたか いいえ ・ はい ()				
	出生時に、児に異常がありましたか いいえ ・ はい ()				
乳児期	栄養方法についてご記入ください (母乳 ・ 粉ミルク ・ 混合)				
	離乳についてご記入ください (開始 ヶ月 ・ 完了 歳 ヶ月)				
	首が座ったのはいつですか (ヶ月)				
	歩きはじめたのはいつですか (歳 ヶ月)				
パパママなどの言葉を話し始めたのはいつですか (歳 ヶ月)					
予防接種	以下の予防接種についてご記入ください。これ以外のもので接種したものがあれば自由記載欄にご記入ください。				
	BCG	西暦 年 月 日	ヒブ(Hib)	1回目 西暦 年 月 日	
	ポリオ	1回目 西暦 年 月 日		2回目 西暦 年 月 日	
	四種混合(DPT-IPV)	2回目 西暦 年 月 日		3回目 西暦 年 月 日	
	(ジフテリア・百日咳 破傷風・ポリオ)	3回目 西暦 年 月 日		追加 西暦 年 月 日	
		追加 西暦 年 月 日	B型肝炎(HBV)	1回目 西暦 年 月 日	
	三種混合(DPT)	1回目 西暦 年 月 日		2回目 西暦 年 月 日	
	(ジフテリア・百日咳 破傷風)	2回目 西暦 年 月 日		追加 西暦 年 月 日	
		3回目 西暦 年 月 日	日本脳炎	1回目 西暦 年 月 日	
		追加 西暦 年 月 日		2回目 西暦 年 月 日	
	M R	1回目 西暦 年 月 日		追加 西暦 年 月 日	
	(麻疹風疹混合)	2回目 西暦 年 月 日	ロタウイルス	1回目 西暦 年 月 日	
	水痘	1回目 西暦 年 月 日	(1価・5価)	2回目 西暦 年 月 日	
	(水ぼうそう)	2回目 西暦 年 月 日		3回目 西暦 年 月 日	
	おたふくかぜ	1回目 西暦 年 月 日	* 自由記載欄(インフルエンザは除く)		
		2回目 西暦 年 月 日		西暦 年 月 日	
	肺炎球菌	1回目 西暦 年 月 日		西暦 年 月 日	
		2回目 西暦 年 月 日		西暦 年 月 日	
		3回目 西暦 年 月 日		西暦 年 月 日	
		追加 西暦 年 月 日		西暦 年 月 日	
健康診断	健康診断(乳児健診)を受けましたか		指摘事項	今までにかかった病気に○をつけてください	
	3ヶ月4ヶ月健診 (済 ・ 未)		なし ・ ()	麻疹・風疹・水ぼうそう・おたふくかぜ	
	1歳6ヶ月健診 (済 ・ 未)		なし ・ ()	その他:	
	3歳健診 (済 ・ 未)		なし ・ ()		
	その他 ()		なし ・ ()		
お子さまの健康について	平熱をご記入ください ()℃		大きな病気をしたことがありますか いいえ ・ はい		
	アレルギーと言われたことがありますか いいえ ・ はい		病名: (歳)(治療中・治癒)		
	アトピー・喘息・食物 ()		病名: (歳)(治療中・治癒)		
	薬() その他()		かかりつけの医療機関		
	けいれんを起こしたことがありますか いいえ ・ はい		病院:		
	(歳)(回) 発熱(有・無)()℃		TEL:		
	(歳)(回) 発熱(有・無)()℃		病院:		
	大きなけがをしたことがありますか いいえ ・ はい		TEL:		
	肘内障(左・右 歳)その他()(歳)		病院:		
	* 健康状態について気になることがございましたらご記入ください		TEL:		
入園時(西暦 年 月 日) 更 ①(西暦 年 月 日) ⑦(西暦 年 月 日) ②(西暦 年 月 日) ⑧(西暦 年 月 日) 新 ③(西暦 年 月 日) ⑨(西暦 年 月 日) ④(西暦 年 月 日) ⑩(西暦 年 月 日) 日 ⑤(西暦 年 月 日) ⑪(西暦 年 月 日) ⑥(西暦 年 月 日) ⑫(西暦 年 月 日)					