健康調査票

施設名（　アスク真栄里こども園　）

園児名	性別	生年月日	保護者氏名	続柄	日中保育をしている方
（ふりがな）	男・女	年 月　日			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。

小児肺炎球菌	1回目	西暦　年　月　日	水痘	1回目	西暦　年　月　日
	2回目	西暦　年　月　日		2回目	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
B型肝炎（ＨＢＶ）	1回目	西暦　年　月　日		追加	西暦　年　月　日
	2回目	西暦　年　月　日	おたふくかぜ	1回目	西暦　年　月　日
	追加	西暦　年　月　日		2回目	西暦　年　月　日
ロタウイルス	1回目	西暦　年　月　日	ヒブ（Hib）	1回目	西暦　年　月　日
（1価・2回）	2回目	西暦　年　月　日		2回目	西暦　年　月　日
（5価・3回）	3回目	西暦　年　月　日		3回目	西暦　年　月　日
（※）5種混合	1回目	西暦　年　月　日	（※）５種混合接種の場合は記入不要	追加	西暦　年　月　日
または４種混合	2回目	西暦　年　月　日	＊自由記載欄（インフルエンザは除く）		
	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
（※）５種混合は、ジフテリア、百日咳、破傷風、ポリオ、ヒブ					西暦　年　月　日
ＢＣＧ		西暦　年　月　日			西暦　年　月　日
ＭＲ	第1期	西暦　年　月　日			西暦　年　月　日
(麻疹風疹混合)	第2期	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・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　（　　）℃

アレルギーと言われたことがありますか　いいえ・はい
アトピー・喘息・食物　（
薬（　　）その他（　　）

けいれんを起こしたことがありますか　いいえ・はい
（　歳）（　回）発熱（有・無）（　℃）
（　歳）（　回）発熱（有・無）（　℃）

大きなけがをしたことがありますか　いいえ・はい
肘内障（左・右　歳）その他（　　）（　歳）

＊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

大きな病気をしたことがありますか　いいえ　・　はい
名：　（　歳）（治療中・治癒）
名：　（　歳）（治療中・治癒）

かかりつけの医療機関
病院名：
TEL：
病院名：
TEL：
病院名：
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）