保健調査票

フリガナ 氏名		男・女	平成・令和 年 月 日生
かかりつけ 医療機関 医師名	TEL		平熱 ℃ 血液型 型

	病名	発症年齢	病名	発症年齢	病名	発症年齢	
	突発性発疹	歳 ヶ月	麻疹 (はしか)	歳 ヶ月	風疹 (三日ばしか)	歳 ヶ月	
	水痘 (みずぼうそう)	歳 ヶ月	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	歳 ヶ月	百日咳	歳 ヶ月	
	川崎病	歳 ヶ月	肺炎	歳 ヶ月	肝炎	歳 ヶ月	
	けいれん	無	有 (発症年齢: 歳 ヶ月、発熱: 度、回数: 回) 座薬の指示 (有・無)				
既往歴	喘息及び 喘息様気管支炎	無	有 毎日治療している・発作時だけ・治療していない どのような治療 ()				
	アトピー性皮膚炎	無・有 (治療は: 内服薬・外服薬・食事療法・その他)					
	脱臼	無・有 (部位: 、回数: 回) (部位: 、回数: 回)					
	病癖及び 体質	中耳炎・肺炎・気管支炎・鼻炎・風邪をひきやすい・鼻血がしやすい 便秘・下痢・嘔吐しやすい・喉が腫れやすい・化膿しやすい・ヘルニア					
	その他 大きな病気 怪我等	歳 ヶ月	病名:		経過:		
		歳 ヶ月	病名:		経過:		
		歳 ヶ月	病名:		経過:		
		歳 ヶ月	病名:		経過:		
		歳 ヶ月	病名:		経過:		
	肌のトラブル	症状:			対策:		
その他注意を要する事項							
医療歴	健診		助言指導 指導事項				
	1ヶ月健診		無・有				
	4~6ヶ月健診		無・有				
	1歳6ヶ月~2歳健診		無・有				
	3歳3ヶ月~4歳健診		無・有				
アレルギー	食物アレルギー		無・有		(卵・乳製品・小麦・大豆・そば・落花生) (その他)		
	治療		無・有		(飲み薬・塗り薬・食事制限・その他:)		
	アナフィラキシー		無・有		(原因: 、症状:)		
	その他アレルギー		無・有		(ダニ・ハウスダスト・花粉・その他:)		
	治療		無・有		(飲み薬・塗り薬・食事制限・その他:)		
	アナフィラキシー		無・有		(原因: 、症状:)		
その他	お子さんについて、健康面で気になること、園に伝えておきたいこと等がありましたらご記入ください。						

予 防 接 種

(保護者欄) 記入日を書いてください(入園・進級クラスに日付記入)					
りす	うさぎ	つばめ	ふくろう	しか	おおたか
R 年 /	R 年 /	R 年 /	R 年 /	R 年 /	R 年 /

ヒブ (インフルエンザ菌 b型)	(1) R 年 月 日	小児肺炎球菌	(1) R 年 月 日
	(2) R 年 月 日		(2) R 年 月 日
	(3) R 年 月 日		(3) R 年 月 日
	(追加) R 年 月 日		(追加) R 年 月 日
B型肝炎	(1) R 年 月 日	ロタウイルス	(1) R 年 月 日
	(2) R 年 月 日		(2) R 年 月 日
	(3) R 年 月 日		(3) R 年 月 日
4種混合 (ジフテリア・百日咳 破傷風・不活化ポリオ)	(1) R 年 月 日	BCG	年 月 日
	(2) R 年 月 日		
	(3) R 年 月 日	MR (麻疹・風疹混合)	(1) R 年 月 日
	(追加) R 年 月 日		(2) R 年 月 日
水痘 (みずぼうそう)	(1) R 年 月 日	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	(1) R 年 月 日
	(2) R 年 月 日		(2) R 年 月 日
日本脳炎	(1) R 年 月 日		
	(2) R 年 月 日		
	(3) R 年 月 日		
インフルエンザ	0歳児	(1) R 年 月 日	(2) R 年 月 日
	1歳児	(1) R 年 月 日	(2) R 年 月 日
	2歳児	(1) R 年 月 日	(2) R 年 月 日
	3歳児	(1) R 年 月 日	(2) R 年 月 日
	4歳児	(1) R 年 月 日	(2) R 年 月 日
	5歳児	(1) R 年 月 日	(2) R 年 月 日
その他	ワクチン名	接種日	接種日
		R 年 月 日	R 年 月 日
		R 年 月 日	R 年 月 日
		R 年 月 日	R 年 月 日
		R 年 月 日	R 年 月 日
		R 年 月 日	R 年 月 日