

# 児 童 健 康 票

該当するところに記入、または 、○ をつけてください。

ふりがな 児童名		記入日	H	年	月	日
		生年月日	H	年	月	日
性別	男 ・ 女	記入日現在の年齢		歳		か月

ふりがな 保護者名		自宅電話	携帯電話
		( )	父 - - 母 - -

生 育 暦	妊娠中(母体)	<input type="checkbox"/> 正常 / <input type="checkbox"/> 異常 ( )				
	出産の状況	出産予定日 (H 年 月 日)				
		該当の場合に <input checked="" type="checkbox"/> をする		<input type="checkbox"/> 早産 ( 週目) <input type="checkbox"/> 過期産 <input type="checkbox"/> 多胎 ( 人)		
		<input type="checkbox"/> 正常分娩 <input type="checkbox"/> 鉗子 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 切開 (理由: )				
	出生時 (新生児の状況)	出生時体重 ( g) 出生時身長 ( cm) 出生時頭囲 ( cm)				
		<input type="checkbox"/> 元気 <input type="checkbox"/> 衰弱仮死 <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 血腫 <input type="checkbox"/> へその緒 ( )				
		保育器使用: <input type="checkbox"/> なし / <input type="checkbox"/> あり ( 日)		黄疸: <input type="checkbox"/> 重症 / <input type="checkbox"/> やや強い / <input type="checkbox"/> 殆どなし		
	乳幼児期 (発育状況)	栄養 ( <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 人口 <input type="checkbox"/> 混合) 離乳食開始 ( か月) ~完了 ( 歳 か月)				
現在の体重 ( g) 現在の身長 ( cm)						
首のすわり ( か月) 寝がえり ( か月) おすわり ( か月)						
ハイハイ ( か月) つかまり立ち ( か月) つたい歩き ( か月)						
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし / <input type="checkbox"/> あり / <input type="checkbox"/> 検査をしていない					
	内容: <input type="checkbox"/> ダニ <input type="checkbox"/> ハウスダスト <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	食物アレルギーの有無 → <input type="checkbox"/> なし / <input type="checkbox"/> あり / 治療: <input type="checkbox"/> なし / <input type="checkbox"/> あり → 飲み薬 ・ 塗り薬 ・ その他 ( )					

医 療 暦	既往歴	<input type="checkbox"/> なし / <input type="checkbox"/> あり ※ありの場合は、下欄のチェックをお願いします。			
		<input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 水疱瘡 <input type="checkbox"/> ヘルニア <input type="checkbox"/> 脱臼 (部位: ) <input type="checkbox"/> 心臓疾患 (不整脈・肥大・雑音・弁膜症・先天性) <input type="checkbox"/> その他 ( ) 服薬 <input type="checkbox"/> なし / <input type="checkbox"/> あり → 開始時期: 歳 か月 回数: 1日 回			
	ひきつけ・けいれん	<input type="checkbox"/> なし / <input type="checkbox"/> あり → 初回 ( 歳 か月) 発熱 (無・有) その後の回数 ( 回)			
	てんかん	<input type="checkbox"/> なし / <input type="checkbox"/> あり → 初回 ( 歳 か月) 発熱 (無・有) その後の回数 ( 回) 服薬 <input type="checkbox"/> なし / <input type="checkbox"/> あり → 開始時期: 歳 か月 回数: 1日 回			
	健康診断	児童年齢	受診の有無	受診場所	受診結果・助言など
4か月		有 / 無			
1歳6か月		有 / 無			

障 害 等	身体障害者手帳: <input type="checkbox"/> なし / <input type="checkbox"/> あり → ( 級 交付年月日: H . . 障害名: )				
	療養手帳: <input type="checkbox"/> なし / <input type="checkbox"/> あり → ( 級 交付年月日: H . . 備考: )				
	今までに指導、治療を受けた専門機関等:				

経 保 験 育	<input type="checkbox"/> 家庭保育室 <input type="checkbox"/> 企業内保育所 <input type="checkbox"/> 小規模保育事業所 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	<input type="checkbox"/> 一時預かり ( 回ぐらい) <input type="checkbox"/> 保育園 (施設名称: )				

☆健康面や発育面など気になることがあれば、ご記入をお願い致します。