

# 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。

<b>令和4年度</b>		第一希望園		記入年月日	R 年 月 日
				生年月日	H・R 年 月 日
フリガナ		性別	男 / 女	記入日の年齢	歳 か月
児童名		住所			
フリガナ		電話	携帯電話		
保護者名		( )	父	-	-
			母	-	-
生育歴	妊娠中(母体)	☐正常 / ☐異常 ( )			
	出産の状況	出産予定日 (H・R 年 月 日)			
		(右記に該当する場合のみ☑)		☐早産 ( 週目) ☐過期産 ☐多胎 ( 人)	
	出生時 (新生児の状況)	☐正常分娩 ☐鉗子 ☐吸引 ☐切開 (理由 )			
		出生時体重 ( g) 出生時身長 ( cm) 出生時頭囲 ( cm)			
		☐元気 ☐衰弱仮死 ☐チアノーゼ ☐血腫 ☐へその緒 ( )			
	乳幼児期 (発育状況)	保育器使用: ☐無 / ☐有 ( 日) 黄疸: ☐重症 / ☐やや強い / ☐殆どなし			
		栄養 (☐母乳 ☐人工 ☐混合) 離乳食開始 ( か月) ~ 完了 ( 歳 か月)			
		現在の体重 ( kg) 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)					
ひとり歩き ( か月) 人見知り ( か月) 始語(意味ある言葉) ( か月)					
アレルギー	☐無 / ☐有 / ☐検査していない 特記事項:				
	(有の場合)	内 容: ☐卵 ☐牛乳 ☐小麦粉 ☐大豆 ☐ダニ ☐ハウスダスト ☐花粉 ☐その他 ( ) 治 療: ☐無 / ☐有 → 飲み薬・ぬり薬・その他 ( )			
医療歴	既往歴	☐無 / ☐有 特記事項:			
	(有の場合)	☐肺炎 ☐中耳炎 ☐肝炎 ☐川崎病 ☐ぜんそく ☐水疱瘡 ☐ヘルニア ☐脱臼 (部位: ) ☐心臓疾患 (不整脈・肥大・雑音・弁膜症・先天性) ☐その他 ( ) 服 薬 ☐無 / ☐有 → 開始時期: 歳 か月 回数: 1日 回			
	ひきつけ・けいれん	☐無 / ☐有 → 初回 ( 歳 か月) 発熱 ( 無・有 ) その後の回数 ( 回)			
	てんかん	☐無 / ☐有 → 初回 ( 歳 か月) 発熱 ( 無・有 ) その後の回数 ( 回) 服薬 ☐無 / ☐有 → 開始時期: 歳 か月 回数: 1日 回			
	健康診断	4 か月	有/無	(受診場所)	(受診結果・助言など)
1歳6か月		有/無			
3 歳		有/無			
障 害 等	身体障害者手帳: ☐無 / ☐有 → ( 級 交付年月日: H・R . . 障害名: )				
	療育手帳: ☐無 / ☐有 → ( 級 交付年月日: H・R . . 備考: )				
	今までに指導・治療を受けた専門機関等:				
経 保 験 育	☐家庭 ☐家庭保育室 ☐企業内保育所 ☐小規模保育事業所 ☐別居親族 ☐その他 ( )				
	☐一時預かり(施設名称: ) ☐保育園(施設名称: )				
◎健康面や発育面など気になることなどありましたら、記入してください。					