

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。

R元年度		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)			
		☐正常分娩 ☐鉗子 ☐吸引 ☐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)			
		☐元気 ☐衰弱仮死 ☐チアノーゼ ☐血腫 ☐へその緒 ()			
		保育器使用: ☐無 / ☐有 (日)		黄疸: ☐重症 / ☐やや強い / ☐殆どなし	
	乳幼児期 (発育状況)	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 (有の場合)	☐無 / ☐有 特記事項:			
		☐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。					