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。

令和３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	□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：
保育経験	□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。