

健康記録

児童氏名 _____ (男・女)
 生年月日 (和暦) _____ 年 ____ 月 ____ 日

生育歴	首の座り (カ月)	歩き始め (カ月)		
	寝返り (カ月)	歯の生え始め (カ月)		
	お座り (カ月)	人見知り (カ月)		
	はいはい (カ月)	指差しはじめ (カ月)		
		言葉の出始め (カ月)		
健診状況	1 か月健診	受診・未受診	指導 無・有 ()	
	3～4 か月健診	受診・未受診	指導 無・有 ()	
	6～7 か月健診	受診・未受診	指導 無・有 ()	
	9～10 カ月健診	受診・未受診	指導 無・有 ()	
	1歳6 カ月健診	受診・未受診	指導 無・有 ()	
	3歳児健診	受診・未受診	指導 無・有 ()	
健康状態	平熱	℃		
	病歴	無・有 発熱 ・ 気管支炎 ・ 中耳炎 熱性痙攣 (℃/ 分程度/予防薬 (無・有) 突発性発疹 (℃/ 歳 カ月頃)		
	内服薬	無・有 1日 回 → 朝・昼・夕 薬品名 ()		
	今までの怪我	無・有 肘内障 (右 年 月 / 左 年 月) 無・有 脱臼 (部位) 骨折 (部位) その他 ()		
	アレルギー	アトピー性皮膚炎 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 結膜炎 喘息 ・ 蕁麻疹 () 食物アレルギー (食物:) ダニ ・ ハウスダスト ・ 花粉 ・ 動物 ()		
	視覚	異常なし ・ 遠視 ・ 近視 ・ 弱視 その他 ()		
	聴覚	異常なし ・ 聞こえが悪い (右 ・ 左 ・ 両耳)		
その他	出血が止まりにくい	はい ・ いいえ	風邪をひきやすい	はい ・ いいえ
	転びやすい	はい ・ いいえ	熱が出やすい	はい ・ いいえ
	関節が外れやすい	はい ・ いいえ	鼻水が出やすい	はい ・ いいえ
	アレルギー体質である	はい ・ いいえ	咳が出やすい	はい ・ いいえ
	皮膚が弱い	はい ・ いいえ	喘息が出やすい	はい ・ いいえ
			嘔吐をしやすい	はい ・ いいえ
			下痢をしやすい	はい ・ いいえ
			便秘をしやすい	はい ・ いいえ

かかりつけ医	内科・小児科	病院名（ ）連絡先（ ）
	外科	病院名（ ）連絡先（ ）
	耳鼻科	病院名（ ）連絡先（ ）
	皮膚科	病院名（ ）連絡先（ ）
相談機関等	言葉や発達について相談している病院や施設はあるか 有 ・ 無 有に○をした方は下記をご記入ください 相談機関： 育児相談・発達相談の経過	
	入園にあたり健康・発達などで気になることがあるか 有 ・ 無	