

健康報告書

記入日:西暦 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	血液型			
園児氏名		男・女	西暦 年 月 日生				
発育暦	<出産暦>	第()子	<離乳完了>	西暦 年 月			
	<出産暦>	普通・帝王切開・早産(月)	<おむつが外れた時期>	西暦 年 月			
	<出生体重>	g	<首のすわり>	西暦 年 月			
	<栄養>	母乳・人工乳・混合	<歩行開始>	西暦 年 月			
	<主な養育者>	母・父・その他()	<発語>(まんま・ぶーぶ等)	西暦 年 月			
健康状態	<現在の健康状態> <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良		平熱 度	平均睡眠時間 時間			
	<現在治療中の病気・怪我>		病名() 病院名() 病名() 病院名()				
予防接種	種類		接種日	種類		接種日	
	<四種混合> (百日咳・ジフテリア・破傷風・ポリオ)	第1期	第1回	西暦 年 月	<インフルエンザ菌b型> (Hib)	第1回	西暦 年 月
			第2回	西暦 年 月		第2回	西暦 年 月
			第3回	西暦 年 月		第3回	西暦 年 月
		第1追加		西暦 年 月		追加	西暦 年 月
	<BCG>		西暦 年 月		<小児肺炎球菌>	第1回	西暦 年 月
	<MR>(はしか・風しん)		西暦 年 月			第2回	西暦 年 月
	<水痘>	第1回	西暦 年 月	第3回		西暦 年 月	
		第2回	西暦 年 月	追加	西暦 年 月		
	<ロタウイルス>	第1回	西暦 年 月	<おたふくかせ>		第1回	西暦 年 月
		第2回	西暦 年 月			第2回	西暦 年 月
		(第3回)	西暦 年 月			<日本脳炎>	第1回
<B型肝炎>	第1回	西暦 年 月	第1期	第2回	西暦 年 月		
	第2回	西暦 年 月		第3回	西暦 年 月		
		第3回	西暦 年 月	<その他>()		西暦 年 月	
かかった病気	<はしか>		西暦 年 月	<手足口病>		西暦 年 月	
	<風しん>		西暦 年 月	<とびひ>		西暦 年 月	
	<おたふくかせ>		西暦 年 月	<突発性発疹>		西暦 年 月	
	<水ぼうそう>		西暦 年 月	<熱性けいれん> (回)		西暦 年 月	
	<アトピー性皮膚炎>		西暦 年 月	<その他>		西暦 年 月	
やさしいか 病り気	<input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> ひきつけ <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> かせ <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 自家中毒 <input type="checkbox"/> 急性消化不良性 <input type="checkbox"/> ヘルニア <input type="checkbox"/> 皮膚過敏症 <input type="checkbox"/> その他()						
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> アレルギーあり <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 落花生 <input type="checkbox"/> えび <input type="checkbox"/> かに <input type="checkbox"/> その他()						
アレルギー	<現在の症状>()						
	<過去にアナフィラキシーショックの有無> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(発生時期:西暦 年 月頃)						
	<対応> <input type="checkbox"/> 完全除去 <input type="checkbox"/> その他()						

(保育園使用欄)

園長	看護師	受付