登録番号（　　　　－　　　　）　　児童氏名（　　　　　　　　　　　　　）

**健康調査票**年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 生育歴 | 妊娠中の異常　 なし ・　 あり （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）出生時体重（　　　　　ｇ ） 出生時身長（　　　　　㎝ ）　在胎週数（　　　週　　　日 ）栄養法（ 母乳 ・ 人工乳 ・ 混合 ）　離乳食摂取期間（　　　か月～　　　か月 ） |
| 食事状況 | 普通食　　離乳食（ 前期 ・ 中期 ・ 後期 ）　　　ミルクアレルギー等で制限している食品　　　　なし　・　あり※ある場合は具体的に記入してください。 |
| 予防接種 | ＢＣＧ | 未 | 　　済 |
| ポリオ（生ワクチン） | 未 | １回 ・ ２回 ・ ３回 ・ 追加 |
| ポリオ（不活性化） | 未 | １回 ・ ２回 ・ ３回 ・ 追加 |
| 三種混合 | 未 | １回 ・ ２回 ・ ３回 ・ 追加 |
| 四種混合 | 未 | １回 ・ ２回 ・ ３回 ・ 追加 |
| 麻しん・風しん混合ワクチン | 未 | 第１期・第２期 | 麻しん（はしか） | 未 | 済 |
| 風しん | 未 | 済 |
| 日本脳炎 | 未 | 第１期（ １回 ・ ２回 ・ 追加 ） ・ 第２期 |
| インフルエンザ（Hib） | 未 | １回 ・ ２回 ・ ３回 ・ 追加 |
| 小児用肺炎球菌 | 未 | １回 ・ ２回 ・ ３回 ・ 追加 |
| 水痘（水ぼうそう） | 未 | １回 ・ ２回 |
| B型肝炎 | 未 | １回 ・ ２回 ・ 追加 |
| ロタウイルス | 未 | 　　済 |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 既往歴 | 突発性発疹　　麻しん（はしか）　水痘（水ぼうそう）　風しん　 百日せき 　流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）　へルパンギーナ　　手足口病　 川崎病伝染性紅斑（りんご病）　肺炎　　結核　　湿しん　 アトピー性皮膚炎その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 経過観察 | ※今までにかかった病気で注意すべきものについて記入してください。（例：熱性けいれん、ぜんそく、心臓病等）（必要に応じて対処方法についても記入してください。） |
| 薬品 | ※薬品について、アレルギー反応を起こすなど注意が必要なものがある場合は記入してください。 |
| その他 | ※お子さまのことで心配なことがあれば具体的に記入してください。 |