

★下記の点線枠の部分をご記入下さい。(両面あります)

<<健康状況調査票 (見本例)>>

ふりがな

園児名

(男・女) ( 年 月 日 )

(診察時 歳 ヶ月)

出生	在胎週数	週 日	出生時身長	cm
	妊娠中の異常	無・有 ( )	出生時体重	g
	分娩状況	無・有 ( )	出生時頭囲	cm
	その他		出生時胸囲	cm

既往歴	種類	年月日	種類	年月日
	麻疹		流行性耳下腺炎	
	水痘		インフルエンザ	
	りんご病		突発性発疹	
	溶連菌感染症		手足口病	
	喘息		中耳炎	
	熱性けいれん		アトピー性皮膚炎	
	RSウイルス感染症			

健診	1ヶ月	(内容)	◆健診を受けた方は左記の健診月を○で囲む。 ◆健診時に指摘されたことがあれば(内容)に記入する
	3・4ヶ月		
	6・7ヶ月		
	9・10ヶ月		
	1歳6ヶ月		
	3歳		

予防接種	種類	年月日	種類	年月日	
	B型肝炎	定期	2014/7/20	BCG	定期
			2014/8/25	MR (麻疹・風疹混合)	定期
			2015/3/7		
	ロタウイルス (1価・5価) ※いずれかに○印をつける	任意	2014/6/20	おたふくかぜ	任意
			2014/7/31	水痘(水ぼうそう)	定期
	ヒブ(Hib)	定期	2014/6/24	日本脳炎	定期
			2014/7/24		
			2014/9/4		
			2015/8/5		
	小児用肺炎球菌	定期	2014/6/24	三種混合(DPT)	任意
			2014/7/24		
			2014/9/4		
			2015/8/5		
四種混合(DPT-IPV)	定期	2014/7/24	急性灰白髄炎 (ポリオ)	定期	
		2014/8/26			
		2014/9/20			
		2016/1/10			
インフルエンザ	任意	2015/11/5	その他のワクチン		
		2015/11/20			

かかりつけ医	小児科	○○小児科	皮膚科	△○皮膚科クリニック	血液型
	歯科	△△△歯科	整形外科	□□整形外科	
	耳鼻科	□△耳鼻咽喉科	眼科		

備考

<<診査事項>>

身長	体格	心音	皮膚	(入園後、注意すべきこと、配慮すべきことがありましたらご記入下さい)
体重	栄養状態	呼吸器	診断	
頭囲	脊柱	腹部		
胸囲	四肢	眼		
カウプ指数	頸部腫脹	耳・鼻		
	リンパ節腫脹	咽頭		

医師名

印

(

月

日

診察)

園児名 \_\_\_\_\_ (男・女) \_\_\_\_\_ ( 年 月 日生 )

項目	内容	
体質	<input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input checked="" type="checkbox"/> 鼻血を出しやすい <input type="checkbox"/> のどが腫れやすい <input checked="" type="checkbox"/> 下痢をしやすい <input type="checkbox"/> 乗り物酔いをしやすい <input type="checkbox"/> おできがでしやすい <input type="checkbox"/> 嘔吐しやすい <input type="checkbox"/> 便秘をしやすい <input type="checkbox"/> 長く立ってられない <input type="checkbox"/> 発熱しやすい <input type="checkbox"/> よく腹痛を訴える <input type="checkbox"/> よく頭痛を訴える	
	その他 <熱について> 1. 平熱 (36.8) 度 2. 今まで高熱を出したことはありますか? 最高何度まで上がりましたか? けいれんなど何か症状はありましたか? (40.2度。	
けいれん	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	( 才 ヶ月頃・症状・どのくらい続いたのか) (1歳半頃 (2015.12月) 頃 熱性けいれん。(5分で消えた) それ以後はみられていない。)
脱臼	有 <input checked="" type="radio"/> 無	( 才 ヶ月頃・部位)
アレルギー	<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> 花粉症	
	原因	症状
その他の身体状況		
入園後の大きな病気・外傷などの記録		
年月日	クラス	記録

出生	在胎週数	週 日		出生時身長	cm
	妊娠中の異常	無・有 ( )		出生時体重	g
	分娩状況	無・有 (仮死 けいれん 黄疸 保育器)		出生時頭囲	cm
	その他			出生時胸囲	cm
第 子					
既往歴	種 類	年 月 日		種 類	年 月 日
	麻疹			流行性耳下腺炎	
	水痘			インフルエンザ	
	りんご病			突発性発疹	
	溶連菌感染症			手足口病	
	喘息			中耳炎	
	熱性けいれん			アトピー性皮膚炎	
RSウイルス感染症					
健診			(内容)		◆健診を受けた方は左記の健診月を○で囲む。 ◆健診時に指摘されたことがあれば(内容)に記入する
	1ヶ月				
	3・4ヶ月				
	6・7ヶ月				
	9・10ヶ月				
	1歳6ヶ月				
3歳					
予防接種	種 類	年 月 日		種 類	年 月 日
	B型肝炎	定期		BCG	定期
				MR (麻疹・風疹混合)	定期
	ロタウイルス (1価・5価) ※いずれかに○印をつける	任意		おたふくかぜ	任意
	ヒブ(Hib)	定期		水痘(水ぼうそう)	定期
				日本脳炎	定期
	小児用肺炎球菌	定期			
				三種混合(DPT)	任意
	四種混合(DPT-IPV)	定期		急性灰白髄炎 (ポリオ)	定期
	インフルエンザ	任意		その他のワクチン	
かかりつけ医	小児科		皮膚科		血液型
	歯科		整形外科		
	耳鼻科		眼科		
備考					

<<診査事項>>

身長	体格	心音	皮膚	(入園後、注意すべきこと、配慮すべき がありましたらご記入下さい)
体重	栄養状態	呼吸器	診断	
頭囲	脊柱	腹部		
胸囲	四肢	眼		
カウプ指数	頸部腫脹	耳・鼻		
	リンパ節腫脹	咽頭		

医師名 印 ( 月 日 診察)

園児名 ( ) (男・女) (生年月日 20 / / )

項目		内容	
体質	<input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> 鼻血を出しやすい <input type="checkbox"/> のどが腫れやすい <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい <input type="checkbox"/> 乗り物酔いをしやすい <input type="checkbox"/> おできがでしやすい <input type="checkbox"/> 嘔吐しやすい <input type="checkbox"/> 便秘をしやすい <input type="checkbox"/> 長く立ってられない <input type="checkbox"/> 発熱しやすい <input type="checkbox"/> よく腹痛を訴える <input type="checkbox"/> よく頭痛を訴える		
	その他 特になし		
けいれん	有・無	( 才 ヶ月頃・症状・どのくらい続いたのか)	
脱臼	有・無	( 才 ヶ月頃・部位)	左・右 回
アレルギー(なし)	<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> 花粉症		
	原因	症状	
家族の中でアレルギーや疾患を持っているか			
その他の身体状況			
入園後の大きな病気・外傷などの記録			
年月日	クラス	記録	