

※母子手帳をご覧になって記載してください

児 童 健 康 台 帳

記入日 年 月 日

ふりがな		血液型	性別	生年月日	平熱
児童名		型	男 女	年 月 日生	℃
妊娠中の状況	異常なし・異常あり ()		出生時の状況	異常なし・異常あり ()	
出産時の状況	妊娠 () 週 () 日 <input type="checkbox"/> 正常分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> その他 ()				
出生時	体重 () g 身長 () cm 頭囲 () cm				
乳児期	栄養法：母乳・人工乳・混合		離乳食開始： () カ月 離乳食完了： () カ月		
	・首がすわる () カ月 ・はいはい () カ月 ・発語 () カ月		・寝返り () カ月 ・人見知り () カ月 ・2語文 () カ月 ・お座り () カ月 ・ひとり歩き () カ月		
乳幼児健診	・3-4カ月健診：未・済 【指摘内容：無・有 ()】 ・9-10カ月健診：未・済 【指摘内容：無・有 ()】 ・1歳児健診：未・済 【指摘内容：無・有 ()】 ・1歳6カ月健診：未・済 【指摘内容：無・有 ()】 ・3歳児健診：未・済 【指摘内容：無・有 ()】				
相談機関	・発達相談： 年 月 日 相談先 () ・栄養相談： 年 月 日 相談先 () ・偏食外来： 年 月 日 相談先 ()				
感染症罹患歴	・流行性耳下腺炎 (年 月 日) ・水痘 (年 月 日) ・その他： (年 月 日) 感染症名 () (年 月 日) 感染症名 () (年 月 日)				

予防接種記録				病気の記録	
種類	接種年月日			1. 骨折・肘内障・怪我・手術等	
BCG				①	年 月
Hib (インフルエンザ菌b型)				②	年 月
小児用肺炎球菌 (プレベナー)				③	年 月
四種混合				2. 熱性けいれん：有・無	
五種混合				服薬：有・無 かかりつけ医 ()	
麻疹風疹混合 I・II期 (MR)				入園前：	
日本脳炎				初回	年 月 日 (歳 か月)
水痘 (みずぼうそう)				直近	年 月 日 (歳 か月)
B型肝炎				回数	回
ロタウイルス				3. 気管支喘息：有・無	
				服薬：有・無 かかりつけ医 ()	
任意接種	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)			4. 湿疹：有・無	
				軟膏処方：有・無 かかりつけ医 ()	
その他				5. その他の病気 (入院の有無)	
				①	年 月
				②	年 月
				③	年 月

アレルギー疾患 (アトピー性皮膚炎・蕁麻疹・花粉症等)：有・無 ()	普段受診する病院名	
薬物アレルギー：有・無 / 食物アレルギー：有・無 () ()	小児科	(名称：)
目や耳の心配事 (中耳炎等)：有・無 ()	歯科医	(名称：)
その他健康に関すること ()	その他	