

# 入園時健康票

園児名 \_\_\_\_\_ (男・女) 生年月日 平成・令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ か月)

1. 出生時についてお伺いします				
	体重	g	出産歴	(第 _____ 子)
	身長	cm	妊娠中に異常はありましたか	無・有 ( _____ )
	胸囲	cm	分娩時に異常はありましたか	無・有 ( _____ )
	頭囲	cm	出産時に異常はありましたか	無・有 ( _____ )
2. 予防接種についてお伺いします				
	BCG	未・済	年 _____ 月 _____	四種混合 1回目
	ヒブ	未・済	年 _____ 月 _____	四種混合 追加
	肺炎球菌	未・済	年 _____ 月 _____	日本脳炎
	麻疹・風疹・水痘	未・済	年 _____ 月 _____	B型肝炎
3. 直近2回分の健診についてお伺いします (2歳以上は歳のみで構いません)				
	健診を受けた ( _____ 歳 _____ か月)・受けてない	異常なし・他( _____ )		
	健診を受けた ( _____ 歳 _____ か月)・受けてない	異常なし・他( _____ )		
4. 発育についてお伺いします				
運動	首のすわり ( _____ か月頃)	ハイハイ ( _____ か月頃)		
	おすわり ( _____ か月頃)	歩行 ( _____ か月頃)		
言語	<input type="checkbox"/> 普通に話せる <input type="checkbox"/> 話さないが相手の言うことはわかる <input type="checkbox"/> 単語あり (マンマ・ブーブーなど)		<input type="checkbox"/> 単語程度で意思が交換できる <input type="checkbox"/> 話さない 相手の言うこともわからない <input type="checkbox"/> 2語文あり (ワンワンかわいいね など)	
人との関わり	<input type="checkbox"/> 友達と一緒に遊ぶ <input type="checkbox"/> 親兄弟と遊ぶ <input type="checkbox"/> 落ち着きがなく絶えず動き回る <input type="checkbox"/> 極端なこだわりがある		<input type="checkbox"/> 遊ぶが取り残されがち <input type="checkbox"/> 一人で遊ぶ <input type="checkbox"/> 同じことの繰り返しをする	
理解	<input type="checkbox"/> 指示を理解し、その行動がとれる <input type="checkbox"/> 繰り返し説明すると理解できる		<input type="checkbox"/> 指示を理解するが、行動はできない <input type="checkbox"/> 指示を理解できない	
5. 既往症についてお伺いします				
	麻疹	平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	中耳炎	平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	風疹	平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	突発	平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	水痘	平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	喘息	平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	おたふく	平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	肺炎	平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	百日咳	平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	ひきつけ	最終痙攣 ( _____ か月・年前)
	小児結核	平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日		熱性痙攣・他 ( _____ )
	その他かかった病気を記入してください ( _____ )			
6. アレルギーについてお伺いします				
	アレルギーの有無	有・無		両親のアレルギー
	薬物アレルギー			他のアレルギー
	食物アレルギー			
7. 平熱は何度ですか				
	_____ 度 ~ _____ 度程度			
8. 何か気になる点がありましたらご記入ください (足りない方は裏面にご記入ください)				