

健康調査票

記入日 年 月 日

フリガナ			性別	男 女	
児童氏名			生年月日	年 月 日生まれ	
血液型	型 R H - ・ +		平熱	℃	
出生・出産	出産状況	自然分娩 帝王切開		早産 (月)	
	出生時	身長	cm	体重	g
かかりつけの 病院及び 医師名	病院名				
	住所				
	電話番号			主治医	
熱性痙攣	有	初回 才 月			今までに 回
		最後 才 月			
	無	対処法 :			
持病または 起こしやすい 病状や病気	ぜんそく 脱臼 扁桃腺 ひきつけ 下痢 便秘 嘔吐 口内炎 中耳炎 その他 :				
	アトピー性皮膚炎				通院
	アレルギー性鼻炎 食物アレルギー				有 無
アレルギー 有 ・ 無	※食物アレルギーがある場合は、除去申請書を提出して下さい。				処方薬
					有 無
注意が必要なこと ・ 心配なこと (健康面など)					

現在の健康状態	とても良い 良い やや悪い 通院中（病名など）								
予防接種							最終接種年月日		
ヒブ	未接種	1回	2回	3回	追加		年	月	日
小児肺炎球菌	未接種	1回	2回	3回	追加		年	月	日
四種混合	未接種	1期（1回 2回 3回）			追加		年	月	日
B C G	未接種	1回					年	月	日
B型肝炎	未接種	1回	2回	3回			年	月	日
麻疹(はしか)・風疹	未接種	第1期					年	月	日
水痘	未接種	1回	2回				年	月	日
日本脳炎	未接種	1期（1回 2回）		追加			年	月	日
おたふくかぜ	未接種	接種済					年	月	日
ロタウイルス	未接種	ロタリックス(1価) / ロタテック(5価)					年	月	日
		1回	2回	3回					
インフルエンザ	未接種	接種回数		回			年	月	日

病 歴							
麻疹(はしか)	年	月	日	突発性発疹	年	月	日
風疹	年	月	日	咽頭結膜熱	年	月	日
おたふくかぜ	年	月	日	手足口病	年	月	日
水痘	年	月	日	とびひ	年	月	日
その他(病名・年齢)							

健康診査	
4か月児	未 済 気になったこと：
10か月児	未 済 気になったこと：
1歳6か月児	未 済 気になったこと：

記入者／

印

続柄／